

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN**  
**Departamento de Didáctica y Organización Escolar**



**PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y RESILIENCIA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**PRESENTADA POR**

**Vicenta Victoria Muñoz Garrido**

Bajo la dirección de las doctoras

Pilar Gútiez Cuevas  
Cristina Sánchez Romero

**Madrid, 2013**



## ***Dedicatoria***

### ***A mis amores***

*A mi madre...*

*porque la quiero y, junto a mi padre, han hecho que esté donde estoy*

*A mi marido...*

*por su amor, su generosidad, su compañía, su paciencia y su aliento constante*

*A mis hijas..*

*Victoria y Ana mis tesoros, por su amor, por creer y confiar siempre en mí*

*A mi nieto...*

*Gabriel por su amor, por la felicidad que nos hace sentir, su risa es mi luz*



### *Agradecimientos*

Cuando hablo del Aula tengo presente a todos los adolescentes con los que he compartido este curso y los anteriores, recuerdo su sonrisa, su mirada, sus anécdotas, su sentido del humor, su esfuerzo por salir adelante, sus miedos, sus logros, pienso también en sus familias, pero sobre todo me quedo con su capacidad para salir adelante y seguir sobreviviendo a las dificultades. Gracias por lo que me han enseñado.

Gracias también a mis compañeros con las que he compartido experiencias en este apasionante mundo de la pedagogía hospitalaria.

Estoy agradecida por poder trabajar en lo que me gusta, que resulta ser el trabajo más hermoso del mundo

Mi más sincero, profundo y personal agradecimiento a Pilar Gútiez Cuevas, mi directora de tesis, mi amiga, mi apoyo moral y un ejemplo a imitar como profesional de la educación. Gracias por tu entusiasmo, por tus orientaciones, por ser tan generosa, pero sobre todo, gracias por creer en mí más que yo misma.

Quiero agradecer a Cristina Sánchez Romero, mi codirectora, sus correcciones, su atención, su aliento y su confianza.

Agradecer a Ricardo García su inestimable ayuda en la parte metodológica de este trabajo.

Gracias a mi actual compañera del Aula, que me ha alentado siempre con su optimismo y con su incansable deseo de aprender.

Rosa, gracias también a ti, por tu amistad

Y a todos los que han estado a mi lado en este largo proceso.





Hugo Simberg. ( 1903)“ El ángel herido” Ateneum. Helsinki

«Quien tiene un *porqué* para vivir puede soportar casi cualquier *cómo*.» Nietzsche





---

**ÍNDICE**

Resumen.....	19
<b>BLOQUE I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>23</b>
1. 1.- Introducción.....	23
1.2. Justificación de la investigación .....	26
1.3.- Definición del problema de investigación.....	28
1.4.- Objetivos de la investigación. ....	29
1.5.-Estructura de la investigación.....	30
<b>BLOQUE II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO 2 : ATENCION A LA DIVERSIDAD.....</b>	<b>35</b>
2.1. introduccion. ....	35
2.2.- Atención a la Diversidad .....	46
2.1.2. El concepto de necesidades educativas especiales.....	50
2.1.2.- Bases normativas de la atención a la diversidad .....	52
2.1.3. Alteraciones del desarrollo y NEE más frecuentes en los menores en periodo de escolarización. ....	56
2.1.4. RECURSOS PARA ATENDER A LA DIVERSIDAD.....	69
<b>CAPÍTULO 3 : La Pedagogía Hospitalaria .....</b>	<b>84</b>
3.- La pedagogía Hospitalaria .....	84
3.1. Bases normativas de la Pedagogía Hospitalaria .....	86
3.2.- Acerca del concepto de Pedagogía Hospitalaria (ph) .....	95
3.3.- Evolución de la Pedagogía Hospitalaria. ....	97
3.3.1. Antecedentes históricos en la colaboración medico - psico - pedagógica.....	97
3.3.2. Una aproximación a la pedagogía hospitalaria actual .....	102
3.3.3. Objetivos e intencionalidad de la Pedagogía hospitalaria. ....	102
3.3.4. Modelos en los que se basa la pedagogía hospitalaria .....	106
3.4. Justificación de la pedagogía hospitalaria actual .....	106
3.4.1. Contexto educativo en el hospital.....	107
3.4.2. Formación de profesionales de pedagogía hospitalaria .....	108
3.4.3. Tipos de apoyo educativo en P.H. ....	109
3.5.- Aulas Hospitalarias.....	110
3.5.1. Concepto de Aula Hospitalaria.....	110
3.5.2. -Objetivos de las Aulas Hospitalarias .....	111

3.5.3 Principios metodológicos de las Aulas Hospitalarias .....	113
3.5.4. Modelos y estrategias en las Aulas Hospitalarias .....	114
3.5.5. Profesionales de las Aulas Hospitalarias .....	115
3.5.6. Destinatarios de las Aulas Hospitalarias .....	117
3.5.7.-Características de las Aulas Hospitalarias .....	117
3.5.8. Fases durante la hospitalización infantil y adolescente .....	118
3.6.- Aulas Hospitalarias en España.....	120
3.6.1. Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid .....	122
<b>CAPÍTULO 4: RESILIENCIA .....</b>	<b>145</b>
4.1. Resiliencia: un término emergente .....	145
4.1.1. Acercándonos al concepto .....	146
4. 1. 1. 1. Precursores de la resiliencia .....	146
4.2.- El concepto de resiliencia.....	151
4.2.1 Análisis de definiciones .....	159
4.3. - Estado de la cuestión en investigación en resiliencia .....	161
4.4. - Tipos de resiliencias .....	163
4.5. Modelos para entender la resiliencia.....	165
4. 6. Enfoque de resiliencia .....	167
4.6.1.Factores protectores .....	170
4.6.2. -Factores de riesgo .....	176
4.7 Pilares de la resiliencia .....	179
4.8. – Resiliencia y educación.....	181
4.8.1. La escuela promotora de resiliencia .....	182
4.8.2. Factores promotores de resiliencia.....	190
4.8.3. La construcción de la resiliencia (casita) .....	194
<b>CAPÍTULO 5: ADOLESCENCIA, RESILIENCIA Y SALUD MENTAL .....</b>	<b>199</b>
5.1. Introducción .....	199
5.2.- Características psicoevolutivas de la adolescencia .....	200
5.3.- Adolescentes en riesgo .....	202
5.2.1. Factores de riesgo .....	203
5.2.2. Factores protectores .....	206
5.3.- La resiliencia en adolescentes. Su construcción .....	208
5.4.- Evolución de la resiliencia a través de las etapas del desarrollo .....	215
5.5 Adolescentes, Resiliencia y salud mental.....	223
5.5.1 Estimaciones acerca de la salud mental en adolescentes.....	226
5.5.2- Incidencia de los problemas de salud mental en adolescentes.....	228

5.6. Planteamiento del problema en la Comunidad de Madrid.....	236
<b>CAPÍTULO 6: PEDAGOGIA HOSPITALARIA Y RESILIENCIA. La intervención en el Aula Hospitalaria de la Unidad de Hospitalización Breve.....</b>	<b>241</b>
6.1. introducción. ....	241
6.2. La Unidad de Hospitalización Breve. UADO .....	241
6.2.- Aula Hospitalaria de la Unidad de Adolescente: Acción docente .....	252
6.2.1.- Algunos datos: Antecedentes .....	253
6.2.2. La acción docente en el Aula Hospitalaria.....	255
<b>BLOQUE III: MARCO EMPÍRICO .....</b>	<b>279</b>
<b>Capítulo 7: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION .....</b>	<b>280</b>
7.1. INTRODUCCIÓN.....	280
7.2. Objeto de estudio.....	281
7.1.1.Procedimiento de estudio.....	281
7.3. Estado del problema de investigación .....	282
7.4- Diseño de la investigación.....	294
7.4.1 Formulación del problema de investigación .....	296
7.4.2.Valoración del problema de estudio .....	297
7.4.3. Variables.....	298
7.4.5. Formulación de las hipótesis .....	304
7.4.6.- Técnicas e instrumentos utilizados en la recogida de información .....	309
7.4.7. Proceso de recogida de la información.....	316
7.4.8. Proceso de selección de la muestra .....	318
7.5 RESULTADOS .....	336
7.5.1. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	336
7.5.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	337
7.5.2. Análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción .....	414
7.5.3 .ANÁLISIS RESULTADOS.....	416
<b>BLOQUE IV: CONCLUSIONES y PROPUESTAS DE FUTURO.....</b>	<b>422</b>
<b>Capítulo 8: CONCLUSIONES .....</b>	<b>424</b>
8.1. Conclusiones.....	424
8.2. LIMITACIONES DE TRABAJO .....	428
8.3. Propuestas de futuro.....	429
8.4.- NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACION .....	430
<b>BLOQUE V: BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>433</b>
<b>CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>434</b>
<b>BLOQUE VI: ANEXOS.....</b>	<b>468</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Aspectos de las necesidades educativas especiales.....	51
Tabla 2: Tipos de necesidades educativas especiales.....	51
Tabla 3 :Alteraciones del desarrollo y necesidades educativas especiales.....	57
Tabla 4 :Alteraciones visuales.....	58
Tabla 5 :Alteraciones auditivas .....	60
Tabla 6 :Alteraciones motóricas .....	60
Tabla 7 :Alteraciones de la comunicación y el lenguaje .....	61
Tabla 8 :Síndromes y trastornos documentados .....	62
Tabla 9 :Trastornos del aprendizaje.....	64
Tabla 10: Trastornos ansiosos y depresivos .....	65
Tabla 11 :Trastornos de la personalidad.....	66
Tabla 12 :Trastornos de la Conducta Alimentaria y TDAH.....	67
Tabla 13. Relación de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid .....	132
Tabla 14: Factores protectores y de riesgo .....	207
Tabla 15: Características niños resilientes relacionadas con sí mismo y entorno .....	214
Tabla 16: Resiliencia y etapas del desarrollo .....	217
Tabla 17:Salud Mental y Resiliencia.....	225
Tabla 18: Edad de comienzo de los trastornos psiquiátricos.....	229
Tabla 19: Datos Unidades Hospitalización Breve Comunidad de Madrid.....	237
Tabla 20: Diagnósticos al alta .....	254
Tabla 21:Los motivos de ingresos .....	254
Tabla 22:Las derivaciones al alta .....	255
Tabla 23: Revisión de trabajos .....	289
Tabla 24:Tipos de procedimientos, técnicas e instrumentos de investigación.....	311

**INDICE DE GRÁFICOS.**

Gráfico 1:Distribución de la muestra por sexos .....	321
Gráfico 2:Distribución de la muestra por edad .....	322
Gráfico 3: Distribución de la muestra por curso académico .....	323
Gráfico 4:Distribución de la muestra por tipo de centro .....	324
Gráfico 5:Distribución de la muestra en relación a la repetición de curso.....	325
Gráfico 6: Distribución de la muestra en relación al tipo de filiación.....	326
Gráfico 7:Distribución de la muestra en relación al tipo de familia.....	328
Gráfico 8: Distribución de la muestra en relación al consumo de tóxicos .....	328
Gráfico 9:Distribución de la muestra en relación a las medidas de protección.....	329
Gráfico 10:Distribución de la muestra en relación a la coordinación con centros de referencia.....	331
Gráfico 11:Gráfico nº 11 Distribución de la muestra en relación con el seguimiento en sus centros de referencia.....	332
Gráfico 12:Distribución de la muestra en relación al motivo de ingreso .....	333
Gráfico 13: Distribución de la muestra por diagnóstico.....	334
Gráfico 14:Gráfico nº 14 Distribución de la muestra por reingresos .....	335
Gráfico 15: Distribución de alumnos por curso .....	395
Gráfico 16:Te ha gustado la asistencia al Aula. ....	396
Gráfico 17:Es suficiente el tiempo dedicado al Aula .....	397
Gráfico 18:El tiempo dedicado al Aula te ha ayudado a mejorar tus conocimientos.....	398
Gráfico 19: El tiempo dedicado al Aula te ha ayudado a relacionarte con tus compañeros .....	399
Gráfico 20:La asistencia al Aula favorecerá la incorporación a su clase .....	400
Gráfico 21:Estar en el Aula te ha ayudado a mejorar tu estado .....	401
Gráfico 22: La enseñanza individualizada te ha ayudado en las actividades .....	402
Gráfico 23: Has sentido que tus compañeros te han ayudado en el Aula.....	403
Gráfico 24: Has podido ayudar tus compañeros durante el tiempo de Aula.....	404
Gráfico 25: Ha cambiado tu idea de continuar estudiando .....	405
Gráfico 26: Valoración ayuda recibida por las profesoras .....	405
Gráfico 27: Valoración del trato recibido por las profesoras .....	406
Gráfico 28: Has echado algo de menos .....	407
Gráfico 29:Familia .....	407
Gráfico 30:Amigos.....	408
Gráfico 31: Profesores.....	408
Gráfico 32:Otros.....	409
Gráfico 33:Trabajo más enriquecedores .....	409
Gráfico 34:Lengua .....	410
Gráfico 35:Matemáticas .....	410
Gráfico 36:Otros.....	411
Gráfico 37: Ha echado de menos algo .....	411
Gráfico 38: que debemos mejorar .....	412
Gráfico 39: Más tiempo.....	412
Gráfico 40: Más materiales. ....	413
Gráfico 41: Más materiales .....	413
Gráfico 42: Todo muy bien .....	414

## ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AC: Adaptación Curricular.

ACE: Aula de Compensación Educativa

Acnees: Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

AE: Aula de Enlace

AGNU: Asamblea General de Naciones Unidas.

AP: Atención Primaria.

Art.: Artículo.

AT: Atención Temprana.

ATT: Ajuste Tratamiento

BOE: Boletín Oficial del Estado.

Cap.: Capítulo.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CET- H.D: Centro Educativo Terapéutico- Hospital de Día

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades

CFGM: Ciclo Formativo Grado Medio

C.M.: Comunidad de Madrid.

CN: Contención

CNICE: Centro Nacional Informática y comunicación Educativa

CSM: Centro de Salud Mental.

DAT: Dirección de Área Territorial.

DESDE: Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Personas con Discapacidad en España.

DIAC: Documento Individual de Adaptación Curricular

DF: Diagnóstico Diferencial

DO: Departamento de Orientación

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

EAT: Equipo de Atención Temprana.

EAEHD: Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria

EBO: Enseñanza Básica Obligatoria

EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación

de Dependencia.

EDDES: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.

ED.I.: Educación Infantil.

EE: Educación Especial.

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.

EFQM :European Foundation for Quality Management

EI: Escuelas Infantiles.

EOEP: Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

FEAPS: Federación Española de Asociaciones para Personas con Discapacidad Psíquica

FED: Foro Europeo de la Discapacidad

GAT: Federación o Grupo de profesionales de Atención Temprana.

GENYSI: Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención

HG: Heteroagresividad

IES: Instituto de Secundaria Obligatoria

INEE: Instituto Nacional de Educación Especial.

IMAIN: Instituto Madrileño de Atención a la Infancia.

IMMF: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSALUD: Instituto de Salud

INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

IS: Intento de suicidio

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

LISMI: Ley de Integración Social de los Minusválidos.

LODE: Ley Orgánica del Derecho a la Educación

LOE: Ley Orgánica de Educación.

LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo.

MEC: Ministerio de Educación y Ciencia.

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MTAS: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

NEAE: Necesidades Específicas Apoyo Educativo

NEE: Necesidades Educativas Especiales.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

O.M.: Orden Ministerial.

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas.  
PADI: Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil.  
PAPD: Plan de Acción para Personas con Discapacidad.  
PAT: Plan de Acción Tutorial  
PCPI: Programa de Cualificación Profesional Inicia  
PDC: Programa de Diversificación Curricular  
PDI: Programa de Desarrollo Individual.  
PH: Pedagogía Hospitalaria  
PIR: Psicólogo Interno Residente  
PISA: Programme for Indicators of Student Achievement  
PNEE: Plan Nacional de Educación Especial.  
PSTC: Personal Técnico de Servicios a la Comunidad.  
PT: Pedagogía Terapéutica.  
RD: Real Decreto.  
ROC: Reglamento Orgánico De Centro  
SAED: Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.  
SEREM: Servicio Especial de Rehabilitación de Enfermos y Minusválidos.  
SID: Servicio de Información sobre Discapacidad.  
SNC: Sistema Nervioso Central.  
TAd: Trastorno Adaptativo  
TAf: Trastorno Afectivo  
TC: Trastorno de Conducta  
TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria  
TD: Trastornos del Desarrollo  
TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad  
TGD: Trastornos Generalizados del Desarrollo  
TP: Trastorno Psicótico  
TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.  
TSM: Trastornos de Salud Mental  
UADO: Unidad de Adolescentes  
UCM: Universidad Complutense de Madrid.  
UFIL: Unidades de Formación e Inserción Laboral  
UE: Unión Europea.



UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization  
(Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).

UPE: Unidad de Programas Educativos.



## RESUMEN

---

### **Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia.**

#### **Resumen**

#### **Palabras Clave**

Pedagogía hospitalaria, resiliencia, trastornos de salud mental, adolescencia, riesgo, protección, interdisciplinariedad, actividad docente

La educación y la cultura son herramientas que pueden humanizar al ser humano. Pensar en intervenciones educativas de calidad que favorezcan el normal desarrollo de los niños y adolescentes y prevenir riesgos que puedan suponer alteraciones presentes y futuras para su normal desarrollo, ha sido el principio de esta investigación.

En el capítulo uno justificamos nuestra investigación desde la realidad de la propia práctica en un deseo continuo de mejora, enmarcada en un contexto hospitalario, con una población que se encuentra en situación de vulnerabilidad y donde el objeto de nuestra investigación es precisamente conocer sus características, factores de protección y riesgo, y aquellos aspectos de la resiliencia, para que a través de la intervención educativa favorecer la mejora de la resiliencia.

En el capítulo dos hacemos referencia a nuestro sistema educativo y como resuelve la atención a la diversidad del alumnado. El alumnado de nuestro trabajo forma parte de ese grupo que requiere y necesita de atención a la diversidad, puesto que los sistemas educativos tienen la obligación de dar respuesta a las necesidades de los sujetos, han de arbitrar la estructura de sus sistemas educativos para dar cabida a esas necesidades.

En el capítulo tres de nuestro estudio tratamos de la Pedagogía hospitalaria, orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada en el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo.

En el capítulo cuatro tratamos la resiliencia, porque creemos que no todas las personas sometidas a situaciones adversas o que sufren enfermedad, desarrollan conductas negativas, sino que son capaces de superarlas y salir fortalecidos de ellas. Esta será nuestra intervención desde esa perspectiva de pensamiento y los adolescentes con los que trabajamos son capaces desde sus propias capacidades salir adelante y airosos tras sufrir graves problemas.

En el capítulo cinco tratamos la adolescencia y los adolescentes con trastornos psicopatológicos. Los adolescentes con trastornos de salud mental, requieren una atención educativa, aún estando en situación de crisis, que facilite la continuidad con su proceso de aprendizaje, a la par que ofrecerles la mayor “normalización” posible en un contexto de hospitalización.

En el capítulo seis abordamos nuestro contexto de Pedagogía Hospitalaria, en una unidad breve de hospitalización para adolescentes con trastornos de salud mental.

En el capítulo 7 detallamos la metodología de la investigación, diseño y desarrollo que hemos seguido en este trabajo de investigación que pretende conocer la situación de los alumnos hospitalizados en un aula hospitalaria con diferentes diagnósticos de salud mental, sus factores de protección y de riesgo y sus potencialidades, para proporcionarles una atención educativa de calidad que les permita continuar con su proceso educativo, a la vez que brindarles la oportunidad de favorecer la mejora resiliencia, logrando mayor competencia social y educativa. También intentamos conocer como perciben la atención recibida para mejorar nuestra propia práctica.

En el capítulo ocho recogemos las conclusiones y las propuestas de futuro, deseando que nuevos trabajos sobre la resiliencia mejoren la calidad de vida de los adolescentes.

En el capítulo nueve se encuentran las referencias bibliográficas utilizadas, y en el capítulo diez hemos incluido los anexos y todos aquellos documentos que completan nuestra investigación.

# BLOQUE I: INTRODUCCIÓN

---



## 1. 1.- INTRODUCCIÓN.

---

La educación y la cultura son herramientas que pueden humanizar al ser humano. Humanización y confianza en las competencias cognitivas y culturales de todas las personas. Confianza entendida como una actitud permanente que garantice el respeto por la persona como es, no por lo que hace o por lo que nos gustaría que fuera o hiciera.

Este pensamiento nos acerca a las intervenciones educativas, desde el enfoque de la resiliencia, para prevenir las situaciones que comprometan el normal desarrollo de todos los niños y adolescentes, dirigiendo nuestra mirada de una forma global, que trate a cada sujeto como una persona única e irrepetible y a realizar una intervención que partiendo de las propias capacidades de cada individuo, respetando su identidad y su diversidad, les ayude a afrontar las situaciones por que atraviesa y a mirar hacia el futuro con la mirada de la resiliencia

Son muchos los profesionales que, desde el ámbito sanitario, educativo y social, intervienen en el desarrollo del niño y adolescente, y con sus familias. También hay recursos, servicios y actuaciones a coordinar, lo que hace imprescindible buscar fórmulas de acercamiento entre las distintas acciones, de manera que se dote de coherencia, agilidad y eficacia a la educación y al desarrollo de nuestros menores, estableciendo programas y servicios de promoción de la resiliencia en todos ellos y en las propias familias.

La necesidad de desarrollar trabajos y proyectos de investigación que contribuyan al conocimiento y prevención de diferentes situaciones de riesgo y desprotección, así como promover el bienestar infantil y la calidad de vida, es una tarea compartida por todos los profesionales, que de una u otra forma, se enfrentan a la extraordinaria y a la vez difícil tarea de trabajar con y para la infancia y se encuentran en condiciones de reconocer y promover actitudes que aminoren las consecuencias que acarrea para su desarrollo, el encontrarse en distintas situaciones de riesgo y desprotección o cuando no se satisfacen sus necesidades básicas.

Nuestros adolescentes también pueden sufrir situaciones que impidan su normal desarrollo convirtiéndose, en algunos casos, en un grupo de riesgo. El reconocimiento

temprano de desarreglos emocionales y la prestación de ayuda a cargo de personal especializado, y no necesariamente profesionales de la salud, pueden mitigar los efectos de los problemas mentales.

La atención psicopedagógica en la escuela, el asesoramiento, el apoyo educativo, las intervenciones cognitivas y del comportamiento, y la intervención educativa, son herramientas eficaces para mejorar la salud mental de los adolescentes. Los problemas de salud mental en los adolescentes, e incluso en sus familias, suponen un factor de riesgo de exclusión social y desventaja educativa.

La escolarización universal es un principio básico del sistema educativo y la atención sanitaria a la infancia un derecho irrenunciable. Esto no ha sido siempre así, al igual que el acceso a la educación ha evolucionado, pasando de la educación restringida a algunos, a la generalización a toda la población, también ha evolucionado la atención sanitaria. Por otra parte, la esperanza de vida ha aumentado y el éxito en los tratamientos médicos, posibilita la supervivencia de gran número de niños con enfermedades que hasta hace poco tiempo eran consideradas con mal pronóstico, para aquellos que las sufrían.

A pesar de los avances médicos y sociales, es necesario poner al servicio de los alumnos que se encuentran en situación de enfermedad, diferentes recursos sanitarios, sociales y educativos que ayuden y faciliten su pleno desarrollo, en el marco del principio de igualdad de oportunidades. La dura realidad que padecen estos alumnos y sus familias, exige que el sistema educativo multiplique sus esfuerzos para colaborar, en su pronta recuperación y en su plena incorporación al ámbito escolar.

La atención educativa al niño enfermo, hace tiempo que dejó de tener un carácter extraordinario y de voluntariedad, asumida por las familias o instituciones benéficas. Afortunadamente, en la actualidad en España existe una amplia regulación normativa a este respecto y diferentes recursos para llevarla a cabo.

Un grupo en situación de riesgo o exclusión lo constituye el alumnado que, por razones de salud, debe permanecer temporalmente hospitalizado o convaleciente, y que se encuentra, por tanto, en situación de desventaja dentro del sistema educativo. La asistencia irregular a su centro de referencia y las posibles alteraciones emocionales que suelen aparecer durante la permanencia de este alumnado en las instituciones



hospitalarias, puede ser el origen de retrasos escolares, por lo que estos alumnos necesitan una respuesta educativa adecuada e inmediata a las necesidades que en cada uno de ellos pueden manifestarse.

Esta respuesta educativa, debe estar orientada a garantizar la continuidad del proceso educativo del alumno y contemplar tanto las necesidades educativas específicas relacionadas con aspectos curriculares, como aquellas otras necesidades de tipo afectivo-personal.

Los adolescentes con trastornos que afectan a su desarrollo, trastornos de salud mental (TSM en adelante) y sus familias necesitan de los servicios de distintos ámbitos profesionales: sanitario, educativo y social, de forma sincrónica. Requieren una atención educativa, aún estando en situación de crisis, que no les suponga un retraso en el proceso de aprendizaje, a la par que ofrecerles la mayor normalización posible en un contexto de hospitalización.

En este contexto de Pedagogía Hospitalaria (P.H. en adelante) se pretende continuar con lo propio de las personas, esto es, con la educación que fomenta valores, actitudes, hábitos, disposiciones, conocimientos,... que permiten el manejo, de forma prudente y responsable, de las experiencias que aparecen con la enfermedad.

Es una educación que orienta en la adquisición de las potencialidades y capacidades desde la enfermedad que se padece y teniendo en cuenta las limitaciones que esta genera.

Esta atención educativa constituye un derecho tanto del adolescente como de sus familias, y una responsabilidad profesional importante, para poder ofrecer el apoyo educativo cuando más lo necesitan, de la mayor calidad posible.

Desde el campo educativo debemos modificar nuestra manera de mirar a la persona y de entender la educación, permitiendo avanzar en el campo del conocimiento, sin dejar desatendida a la vez que considerando relevante el papel fundamental que las emociones tienen en la vida personal y social de los sujetos.

La resiliencia nos va a ofrecer otro enfoque en la intervención y en la concepción de educación y nos va a proporcionar una mayor comprensión y conocimiento empírico de los factores que protegen al sujeto de los efectos nocivos de las

adversidades, permitiéndonos el diseño de métodos prácticos de promoción de dichos factores, para asegurar un desarrollo favorable que contribuya a superar las disfunciones físicas o mentales.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

---

Hace algunos años, cuando ya estaba interesada en el concepto de resiliencia, comencé a trabajar como profesora en un Aula Hospitalaria, más concretamente en la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y realmente me di cuenta que ese constructo llamado resiliencia, puede ser una clave para evolucionar favorablemente de la enfermedad, a pesar del sufrimiento y la adversidad.

Dotar a nuestros menores de material psíquico consistente, para poder luchar y sobreponerse a las adversidades que la vida nos plantea, es una herramienta segura para construir nuestra resiliencia.

Por otra parte, tenemos una exigencia moral para emprender trabajos relacionados con la resiliencia. La atención a la infancia que se inicia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y más tarde con la Declaración de los Derechos del Niño (1959) suponen el punto de partida para el desarrollo de medidas de protección y educativas para la infancia en general y para la infancia considerada en situación de riesgo o que tiene problemas de desarrollo.

No podemos dejar de colaborar con nuestros trabajos en la mejora del bienestar infantil y adolescente y asistir al desarrollo de planes y programas, que pongan en funcionamiento intervenciones para el perfeccionamiento de nuestras acciones educativas.

Desde nuestro trabajo, nos acercamos a la evidencia de unos problemas reales que afectan directamente a la atención de los adolescentes y de sus familias y que, pensamos, pueden ser mejorados, con una adecuada intervención interinstitucional que permita una mejora de su bienestar y la puesta en marcha de acciones pertinentes para responder a necesidades ya detectadas.

Incluso asistimos con frecuencia, al conocimiento de sucesos dramáticos, que han vivido nuestros menores, y que afectan a su desarrollo y cómo los menores en todo el

mundo continúan siendo objeto de injusticias y falta de cuidados. Incluso en los países llamados desarrollados, existen elevadas tasas de abuso, maltrato físico y psicológico del que son objeto los niños y adolescentes y, no sin sorpresa, cada vez con mayor frecuencia también protagonistas.

Los profesionales de la educación, sabemos que el desarrollo evolutivo de un ser humano, implica unos logros de desarrollo biopsicosocial en el que es preciso atender todas las necesidades básicas en las que se incluyen naturalmente el ámbito social, afectivo y axiológico. El desarrollo es un proceso individual pero enmarcado en un contexto, es una historia de nuestra realidad y de la realidad de nuestros semejantes.

Entendemos que la educación es una herramienta de la que se puede servir toda persona que ha visto desmoronarse su esquema vital para adquirir, mediante el uso de su fuerza de voluntad y de su inteligencia, todas las actitudes, los conocimientos, los valores, los hábitos, todas las disposiciones que contribuyan a su autodeterminación, y por tanto a su libertad, a pesar del obstáculo de la enfermedad mental o no.

Emprendemos una labor con la intencionalidad de algo, no hacemos las cosas porque sí. Siempre tenemos un motivo que pone en marcha nuestra acción. En esta ocasión urge el encontrar un motivo para sobrellevar el sufrimiento por el que se está pasando, que le de sentido a la vida y por tanto haga más llevadera la situación.

La logoterapia de Viktor Frankl, (1946) es uno de los métodos que nos ha servido como referencia, para lograr encontrar ese significado de vida que tanto aliviaría al alumno/paciente. Lo significativo, es la actitud de las persona hacia el destino inalterable.

Consideramos que la investigación sobre resiliencia ofrece nuevas perspectivas y brinda nuevas expectativas al centrar su interés en los puntos fuertes de la persona analizando conductas individuales y grupales desde la óptica de su fortaleza, confirmando el potencial de estas capacidades que conducen al desarrollo de la resiliencia.

Los estudios sobre resiliencia pueden propiciar el alejamiento del modelo de desarrollo basado en la patología para acercarnos a un modelo centrado en la adquisición de competencias, facultades y aptitudes propias. El proceso de favorecer la

resiliencia es el proceso mismo de desarrollo, puesto que es necesario superar en diferentes momentos evolutivos crisis y rupturas dentro del mismo proceso de vida.

Nuestro interés por el tema de la resiliencia tal vez esté justificado por nuestra inquietud y creencia en que la educación es la herramienta eficaz para desterrar desigualdades y que nos dota de posibilidades de crecer y mejorar a lo largo de nuestra vida.

---

### 1.3.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

---

La intervención educativa en la Unidad de Adolescentes, UADO, y nuestro conocimiento de la resiliencia nos ha llevado a preguntarnos y a intentar conocer dentro de nuestra actividad los factores que favorecen o dificultan la resiliencia en los alumnos.

**Nuestro problema de investigación se centra en estas preguntas:**

**¿ Es posible conocer que factores favorecen o dificultan la resiliencia en los adolescentes con TSM hospitalizados en un Aula Hospitalaria?**

**¿Que aspectos son necesarios trabajar en el Aula con los alumnos con TSM para favorecer la resiliencia?**

Es posible conocer que factores protectores y de riesgo, se presentan con mayor frecuencia y como afecta a esa población, la edad, el sexo, el tipo de familia, consumo de tóxicos y como esos factores afectan a la construcción y promoción de la resiliencia.

Este trabajo trata de ser una investigación que permita analizar los aspectos más relevantes de la práctica en un Aula Hospitalaria

Esta investigación pretende mostrar que desde la intervención educativa se puede favorecer la resiliencia en adolescentes con TSM

Tratamos de conseguir con esta investigación, proporcionar información sobre como mejorar nuestras prácticas educativas con alumnos que presentan diferentes dificultades, que afectan a su desarrollo, y como la educación es una herramienta fundamental y de calidad que puede contribuir a su restablecimiento y bienestar

A raíz de la información que obtengamos, plantear propuestas de actuación educativa que permitan mejorar nuestras prácticas, señalar la importancia de la formación del profesorado y conocer la resiliencia.

Desde la perspectiva como profesora de Aula hospitalaria y profesora de la Universidad Complutense de Madrid, responsable de la formación inicial del profesorado, consideramos necesario profundizar en el conocimiento de la resiliencia.

Desde la experiencia en formación permanente consideramos que la formación del profesorado constituye uno de los pilares en los que se asienta un sistema educativo de calidad. El profesorado tiene que dar respuesta a un alumnado con características personales, sociales y culturales diversas, y a las problemáticas específicas que se le plantean y eso requiere conocer nuevas propuestas de actuación docente.

#### 1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

---

Ante la falta de trabajos e investigaciones acerca de la intervención educativa con los alumnos hospitalizados en unidades de hospitalización breve y la poca atención investigadora a este colectivo, consideramos necesario:

- Acercarnos a la realidad de los alumnos adolescentes que sufren TSM
- Conocer las características y situaciones en la que se encuentran estos alumnos y
- Conocer, describir e interpretar la relación entre aquellos factores de protección y riesgo que favorecen o dificultan su normal desarrollo y su resiliencia.
- Realizar una reflexión y propuesta de actuación para el trabajo educativo con esta población, una vez conocida la realidad

El objetivo general de esta investigación es **conocer las características de los alumnos hospitalizados, aquellos factores de protección y de riesgo que pueden incidir en su desarrollo y aquellos aspectos de la resiliencia que pueden constituirse como factores de protección para** que a través de la intervención psicopedagógica, favorecer **la mejora de la resiliencia.**

El objetivo general se ha subdividido en objetivos más concretos que permiten definir las expectativas puestas en este trabajo.

1. Conocer las características de la población y la situación

Para conocer..

2. Describir la relación entre factores protectores y de riesgo a los que están sometidos los adolescentes con relación a su salud mental.
3. Determinar el tipo de actuaciones más adecuadas que potencian la resiliencia en los alumnos con TSM
4. Descripción del contexto de la intervención educativa en el Aula
5. Conocer el grado de satisfacción de los alumnos tras recibir atención educativa en el aula hospitalaria.
6. Potenciar la atención educativa en el aula como elemento normalizar y favorecedor de la resiliencia.
7. Elaborar pautas de intervención para la mejora de la resiliencia de los alumnos con TSM.

---

### 1.5.-ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

---

Para llevar a cabo este proyecto de investigación, hemos de enmarcarlo en un contexto hospitalario y en concreto en una unidad de hospitalización para adolescente., de un Aula Hospitalaria. Para ello será necesario realizar una fundamentación teórica acerca de que se entiende por ese contexto y la población con la que se trabaja, delimitando así la edad de doce a dieciocho años, en la cual se centra la tesis.

Una vez analizado el concepto de pedagogía hospitalaria será conveniente realizar una revisión del marco normativo, para ello se expondrá la legislación actualmente vigente a nivel internacional, estatal y autonómica.

La conceptualización y fundamentación teórica del concepto de resiliencia y su vertiente de prevención generalizable a cualquier contexto educativo y una revisión bibliográfica acerca de que se entiende por resiliencia y lo publicado al respecto.

La estructuración general de la investigación que se ha dividido en seis capítulos.

Un bloque I introductorio o capítulo I en el que se identifica, contextualiza y define el problema de investigación. Del análisis del problema y de la necesidad de conocer en profundidad nacen los objetivos del trabajo, objetivos que se clasifican en generales y específicos.

El siguiente bloque II, contiene el marco teórico en el que se encuadra el problema de investigación, cuál es el estado de la cuestión en relación a la situación actual del problema de estudio en el marco de la comunidad científica haciendo especial referencia al estado en el que se encuentra la investigación de resiliencia en un aula hospitalaria. Se establecen los conceptos de Atención a la Diversidad, Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia como procesos y la relación que se establece entre la adolescencia, la salud mental y la resiliencia como posibilidad de intervención práctica.

El bloque III comprende toda la investigación práctica, el marco empírico, que da lugar al bloque IV, trata de realizar la discusión de los resultados obtenidos, extraer conclusiones y proponer nuevos escenarios y contextos así como procesos de mejora en objetivos, teoría y práctica de la investigación.

En el bloque V, se han incluido las referencias bibliográficas que han contribuido al desarrollo de esta investigación como referentes en los que basar la tesis, y que lo conforman.

El séptimo bloque VI encierra el conjunto de todos los anexos a los que se remitirá a lo largo de este trabajo, como material de apoyo y ampliación a la investigación realizada.





# BLOQUE II:

# MARCO TEÓRICO

---



## CAPÍTULO 2 : ATENCION A LA DIVERSIDAD

---

### 2.1. INTRODUCCION.

---

Los sistemas educativos de los países avanzados han evolucionado para dar respuestas a los retos que plantea la sociedad actual. Estos retos, no sólo tienen que ver con los avances tecnológicos, las transformaciones sociales y económicas, el acceso a la información y las posibilidades de comunicación; también tienen que ver con la atención a la diversidad y la inclusión educativa.

En cierto modo educar a un individuo, que por alguna razón (biológica, generalmente, pero también económica, geográfica, etc.) va a integrarse en un grupo social, consiste en entrenarlo para que pueda compartir la cultura del grupo.

Al diseñar el sistema de educación formal hay que concentrar los esfuerzos en los objetivos que se consideran prioritarios. La determinación de un mínimo homogéneo común a todo el sistema educativo de un ámbito social determinado, es un requisito ineludible para establecer los objetivos prioritarios del sistema. Esto no significa que los rasgos diferenciales de cada subgrupo social (que pueden dar lugar a objetivos parciales o secundarios de la educación) deban ser olvidados en la práctica educativa, pero si significa que, en caso de incompatibilidad entre los objetivos prioritarios y otros secundarios, éstos deben quedar subordinados a aquellos.

La Constitución Española de 1978 como norma básica y fundamental, establece en su artículo 27 el derecho a la educación como derecho fundamental de toda persona. Educación que tiene por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales. La enseñanza básica es obligatoria y gratuita y recae la responsabilidad de garantizar el derecho de todos a la educación a los poderes públicos y esta educación básica y gratuita debe ser garantizada para todos mediante una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de todos los sectores afectados y la creación de centros docentes.

Establecer el currículum es competencia exclusiva del Gobierno como garantía de una formación común para todos los españoles y de la validez de los títulos

correspondientes. Es lo que en Didáctica llamamos primer nivel de concreción curricular. Las características principales del currículum nos permiten comprender que las fuentes son las que inspiran el currículum: socio-cultural, pedagógica, psicológica y epistemológica, y que son las que le sirven de fundamentación.

El currículum será lo suficientemente amplio, abierto y flexible como para que los profesores puedan elaborar proyectos y programaciones que desarrollen en la práctica las virtualidades del currículo establecido, adaptándolo a las características de los alumnos y a la realidad educativa de cada centro, y de cada contexto educativo.

Ello implica que tanto las enseñanzas mínimas como el currículo han de ajustarse a los condicionamientos de la evolución y del aprendizaje de los alumnos, teniéndose en cuenta las características del desarrollo en las distintas edades y de las pautas que rigen el aprendizaje y la comunicación en los seres humanos.

El conocimiento de dichas características ofrece orientaciones pertinentes sobre el tipo de contenidos, medios y métodos de aprender más adecuados a cada etapa, con el fin de estimular las capacidades que se pretenden conseguir con la educación.

Las enseñanzas mínimas deben asegurar una educación no discriminatoria, que tome en consideración las posibilidades de desarrollo de los alumnos, cualesquiera sean sus condiciones personales y sociales, un derecho que el Estado trata de garantizar a todos los ciudadanos, al poner a su disposición los elementos básicos de la oferta educativa.

Las sociedades actuales conceden gran importancia a la educación que reciben sus jóvenes, en la convicción de que de ella dependen tanto el bienestar individual como el colectivo.

La educación es el medio más adecuado para construir su personalidad, desarrollar al máximo sus capacidades, conformar su propia identidad personal y configurar su comprensión de la realidad, integrando la dimensión cognoscitiva, la afectiva y la axiológica.

Para la sociedad, la educación es el medio de transmitir y, al mismo tiempo, de renovar la cultura y el acervo de conocimientos y valores que la sustentan, de extraer las máximas posibilidades de sus fuentes de riqueza, de fomentar la convivencia democrática y el respeto a las diferencias individuales, de promover la solidaridad y evitar la discriminación, con el objetivo fundamental de lograr la necesaria cohesión

social.

Además, la educación es el medio más adecuado para garantizar el ejercicio de la ciudadanía democrática, responsable, libre y crítica, que resulta indispensable para la constitución de sociedades avanzadas, dinámicas y justas. Por ese motivo, una buena educación es la mayor riqueza y el principal recurso de un país y de sus ciudadanos. Así comienza el preámbulo de la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de educación LOE, donde se fundamenta nuestro sistema educativo.

La LOE (2006) según se recoge en su preámbulo, tres son los principios fundamentales que presiden esta Ley:

1) Necesidad de proporcionar una **educación de calidad** a todos los ciudadanos de ambos sexos, en todos los niveles del sistema educativo, para mejorar los resultados generales y reducir las tasas de terminación de la educación básica sin titulación y de abandono temprano de los estudios. Se pretende que todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades intelectuales, culturales, emocionales y sociales, para lo que necesitan recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades. Al mismo tiempo, se debe garantizar una igualdad efectiva de oportunidades, prestando los apoyos necesarios, tanto al alumnado que lo requiera como a los centros en los que están escolarizados. Por lo tanto, se trata de mejorar el nivel educativo de todo el alumnado, conciliando la calidad de la educación con la equidad de su reparto.

2) Necesidad de que todos los sectores de la comunidad educativa colaboren. La combinación de calidad y equidad que implica el principio anterior exige ineludiblemente la realización de un **esfuerzo compartido**. Así pues, la responsabilidad del éxito escolar no sólo recae sobre el alumnado individualmente considerado, sino también sobre sus familias, el profesorado, los centros docentes, las administraciones educativas y, en última instancia, sobre la sociedad en su conjunto, responsable última de la calidad del sistema educativo.

3) **Compromiso** decidido con los objetivos educativos planteados por la Unión Europea para los próximos años.

El sistema educativo español, configurado de acuerdo con los valores de la Constitución y asentado en el respeto a los derechos y libertades reconocidos en ella,

propone los principios y fines establecidos en el capítulo I artículos 1 y 2 de la LOE de nuestro sistema educativo

Entre los principios que se proponen figuran:

- La calidad de la educación para todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y circunstancias
- La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación y actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que deriven de discapacidad y
- La flexibilidad para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes, intereses, expectativas y necesidades del alumnado, así como a los cambios que experimentan el alumnado y la sociedad.

Respecto a los fines el sistema educativo español se orientará a la consecución de los entre otros a los siguientes:

- El pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades de los alumnos.
- La educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, en la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y en la igualdad de trato y no discriminación de las personas con discapacidad.

En su capítulo II artículo 3 establece que el sistema educativo se organiza en etapas, ciclos, grados, cursos y niveles de enseñanza de forma que asegure la transición entre los mismos y, en su caso, dentro de cada uno de ellos.

Las enseñanzas que ofrece el sistema educativo son las siguientes:

- a) Educación infantil.
- b) Educación primaria.
- c) Educación secundaria obligatoria.
- d) Bachillerato.
- e) Formación profesional.
- f) Enseñanzas de idiomas.

- g) Enseñanzas artísticas.
- h) Enseñanzas deportivas.
- i) Educación de personas adultas.
- j) Enseñanza universitaria.

La educación primaria y la educación secundaria obligatoria constituyen la educación básica.

La educación secundaria se divide en educación secundaria obligatoria y educación secundaria postobligatoria. Constituyen la educación secundaria postobligatoria el bachillerato, la formación profesional de grado medio, las enseñanzas profesionales de artes plásticas y diseño de grado medio y las enseñanzas deportivas de grado medio, profesional de grado superior, las enseñanzas profesionales de artes plásticas y diseño de grado superior y las enseñanzas deportivas de grado superior constituyen la educación superior.

La enseñanza básica es obligatoria y gratuita para todas las personas y comprende diez años de escolaridad, desarrollándose, de forma regular, entre los seis y los dieciséis años de edad. No obstante, los alumnos tienen derecho a permanecer en régimen ordinario cursando la enseñanza básica hasta los dieciocho años de edad, cumplidos en el año en que finalice el curso, según las normas que establece la LOE.

La atención a la diversidad se constituye como principio fundamental, y cuando tal diversidad lo requiera, se adoptarán las medidas organizativas y curriculares pertinentes, según lo establecido en la LOE (2006).

La orientación educativa es uno de los principios en los que se asienta el sistema educativo español, así desde la Ley Orgánica Reguladora del Derecho a la Educación (LODE), de 1985, establece que la orientación educativa y profesional es uno de los derechos básicos de todo alumno.

La vigente normativa señala a la orientación educativa y profesional como uno de los principios en los que se asienta el sistema educativo español, destacando su importancia para la integración de conocimientos, destrezas y valores en el alumno.

El marco general en que se desarrolla la orientación educativa se articula en torno a los tres niveles siguientes: aula, centro educativo y sector. En lo que se refiere al nivel de aula, la orientación del grupo de alumnos compete al profesor-tutor a través de la acción tutorial integrada en la función docente.

En cuanto a la orientación a nivel de centro, el orientador, perteneciente a un equipo o departamento de orientación, apoya a los centros en la elaboración, desarrollo, evaluación y revisión del proyecto educativo, en la atención individualizada de los alumnos, en la evaluación psicopedagógica para la detección de dificultades de aprendizaje, en la adopción de medidas de atención a la diversidad y la adaptación curricular, y en las actividades dirigidas al acercamiento entre los centros y las familias.

Dentro del sector, los equipos de orientación llevan a cabo funciones tales como la evaluación psicopedagógica y elaboración del dictamen de escolarización para aquellos alumnos que lo precisen, la colaboración con otras instituciones, y la elaboración y difusión de materiales psicopedagógicos y experiencias de asesoramiento.

Los equipos de orientación de sector están constituidos en su mayoría por psicopedagogos, pedagogos o psicólogos y trabajadores sociales

Además de los anteriores profesionales, y con objeto de atender adecuadamente las necesidades del alumnado, en ocasiones los equipos se coordinan con otro tipo de servicios complementarios. Asimismo, en la mayoría de las Comunidades Autónomas se han creado equipos especializados en la orientación y atención educativa para dar respuesta específica a las necesidades del alumnado con determinadas discapacidades.

En el caso de Educación Infantil y Educación Primaria las tareas de orientación recaen en los Equipos de Orientación del Sector o en Unidades de Orientación en centros.

La labor de orientación se centra en el asesoramiento y colaboración con los centros, el alumnado y las familias. Con los centros, asesorando a los equipos educativos en la elaboración de los proyectos de centro, y especialmente de los planes de atención a la diversidad. En relación con el alumnado, colaboran en la definición de las necesidades globales e individuales y proponen medidas de intervención, con especial atención a la prevención, detección y evaluación psicopedagógica de alumnos con necesidades de apoyo educativo. Por lo que respecta a las familias, prestan asesoramiento en las necesidades que pueden presentar.



**La Educación Especial Específica** también es importante en nuestro sistema educativo. La normativa básica que regula la Educación Especial en España es por el Real Decreto 696/1995 Ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales y dos Órdenes de desarrollo, la Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula la evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan las enseñanzas de régimen general establecidas en la LOGSE; y la Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y establece los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales. El Real Decreto es el que define la estructura de la Educación Especial Específica asociada al tipo de centros específicos en los que se desarrollan las siguientes enseñanzas:

**La Educación Infantil** se regula de nuevo en la actual **LOE (2006)** volviendo a unificar los ciclos bajo la denominación de Educación Infantil. La atención a la diversidad se establece como principio fundamental que debe regir toda la enseñanza básica, con el objetivo de proporcionar a todo el alumnado una educación adecuada a sus características y necesidades.

La educación y atención que reciben los niños de cero a seis años debe establecer como principal objetivo el posibilitar y contribuir a un adecuado desarrollo infantil.. Educación Infantil excepcionalmente, y cuando la propuesta del equipo de orientación educativa y psicopedagógica lo aconseje, podrán escolarizarse en centros de educación especial alumnos cuyas edades correspondan al segundo ciclo.

La **Educación Básica Obligatoria** es obligatoria y gratuita para todas las personas. La enseñanza básica comprende diez años de escolaridad y se desarrolla, de forma regular, entre los seis y los dieciséis años de edad. No obstante, los alumnos tendrán derecho a permanecer en régimen ordinario cursando la enseñanza básica hasta los dieciocho años de edad, cumplidos en el año en que finalice el curso, en las condiciones establecidas en la LOE. Sin perjuicio de que a lo largo de la enseñanza básica se garantice una educación común para los alumnos, se adopta la atención a la diversidad como principio fundamental. Cuando tal diversidad lo requiera, se adoptarán las medidas organizativas y curriculares pertinentes, según lo dispuesto en la LOE

**Los Programas de Transición a la Vida Adulta**, podemos decir que son el equivalente a la Educación Obligatoria (Educación Primaria y Secundaria) para

alumnos con necesidades educativas especiales. Es la Educación Básica Obligatoria (EBO) que tiene una duración de 10 años (6-16), con posibilidad de prórroga. Está dirigida a:

- Alumnos con Deficiencia Mental Profunda.
- Alumnos con Deficiencia Mental Severa.
- Alumnos con Plurideficiencias
- Alumnos con Trastornos Graves de la Personalidad
- Psicosis
- Autismo

Cada alumno dispondrá de un Documento Individualizado de Adaptación Curricular (DIAC) que incluirá las adaptaciones realizadas, tanto de acceso como curriculares, las decisiones particulares sobre modalidad y tipo de apoyo, la colaboración con la familia, los criterios de promoción y los acuerdos sobre seguimiento que se hayan tomado.

La introducción en el currículo de enseñanzas mínimas el concepto de competencia es realmente una novedad en la cultura curricular. Novedad, en parte ligada al mundo laboral, pero indefectiblemente unida al mundo de la educación Especial.

Nuestro sistema educativo actual, en lo que se refiere a educación secundaria, se basa fundamentalmente en el Real Decreto 1631/2006 de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria, que emana de la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de la Educación (LOE).

La etapa de la Educación Secundaria Obligatoria forma parte de la enseñanza básica y, por tanto, tiene carácter obligatorio y gratuito. Comprende cuatro cursos académicos, y se organiza en materias diferenciadas. Se cursan ordinariamente entre los doce y los dieciséis años de edad.

Tiene como finalidad transmitir a todos los alumnos los elementos básicos de la cultura, formarles para asumir deberes y ejercer derechos, desarrollar y consolidar hábitos de estudio y de trabajo para prepararles para la incorporación a estudios posteriores y para su inserción social.

La LOE (2006) introduce el nuevo concepto de curriculum y destaca la importancia de las denominadas competencias básicas.

En el Capítulo I, artículo 6 se define el curriculum como el conjunto de objetivos, competencias básicas, contenidos, métodos pedagógicos y criterios de evaluación de esta etapa.

El currículo se estructura en torno a materias, y es en ellas dónde han de buscarse los referentes que permitirán el desarrollo de las competencias de la etapa. Los objetivos como los contenidos, buscan el desarrollo de todas estas competencias y los criterios de evaluación son la referencia para la valoración del progreso en la consecución de las mismas.

Las Competencias Básicas hacen referencia a un compromiso internacional cuyas fuentes podemos encontrarlas en la Comisión Europea (Dirección General de Educación y Cultura – Programa Eurydice), que en el año 2002, publica el documento “Key Competencias. A developing concept in general compulsory education”, en este documento se plantean los criterios de selección de estas competencias.

Una segunda referencia la tenemos en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo – OCDE, a partir de su proyecto “DeSeCo” (*Definition and Selection of Competences*) y de los informes “PISA” (*Programme for Indicators of Student achievement - Producción de Indicadores de Rendimiento de los Alumnos*).

El Proyecto DeSeCo (2005), considera además la evolución de estas competencias a lo largo de la vida, pues ellas no se adquieren de una vez para siempre. Con el tiempo pueden enriquecerse o perderse; pueden volverse menos relevantes por que el entorno se transforma o pueden transformarse a medida que la persona se adapta a nuevos entornos y situaciones.

El Real Decreto 1631/2006 de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria entiende, la competencia como potencialidad de ser eficiente en una tarea. Siendo las competencias básicas las que permitan desarrollar los valores que sustentan la práctica de la ciudadanía democrática, la vida en común y la cohesión social, y que estimulen en ellos y ellas el deseo de seguir aprendiendo y la capacidad de aprender por sí mismos.

Ser capaz de afrontar, a partir de las habilidades adquiridas, nuevas tareas o retos que supongan ir más allá de lo aprendido. Evaluar la competencia en algo, es

comprobar la capacidad de reorganizar lo aprendido para transferirlo a nuevas situaciones y contextos.

Estas competencias básicas son aquellos aprendizajes que un alumno tiene que haber adquirido al finalizar su enseñanza obligatoria, para poder lograr su realización personal, su participación activa en la sociedad y poder llevar una vida adulta satisfactoria con posibilidades de aprendizaje a lo largo de su vida.

Según el Informe Delors (1996) para cumplir el conjunto de las misiones que le son propias, la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales, que en el transcurso de la vida serán para cada persona, en cierto sentido, los pilares del conocimiento:

- *aprender a conocer*, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión
- *aprender a hacer*, para poder influir sobre el propio entorno
- *aprender a vivir juntos*, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas; por último
- *aprender a ser*, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores. Por supuesto, estas cuatro vías del saber convergen en una sola, ya que hay entre ellas múltiples puntos de contacto, coincidencia e intercambio.

El Real Decreto 1631/2006 establece las 8 competencias básicas:

- 1.- La competencia en comunicación lingüística
- 2.- La competencia matemática
- 3.- La competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico
- 4.- La competencia en el tratamiento de la información y competencia digital
- 5.- La competencia social y ciudadana
- 6.- La competencia cultural y artística
- 7.- La competencia para aprender a aprender
- 8.- La autonomía e iniciativa personal

1.- La competencia en comunicación lingüística se refiere a la utilización del lenguaje como instrumento de comunicación oral y escrita, de representación, interpretación y comprensión de la realidad, de construcción y comunicación del

conocimiento y de organización y autorregulación del pensamiento, las emociones y la conducta.

2.- La Competencia matemática consiste en la habilidad para utilizar y relacionar los números, sus operaciones básicas, los símbolos y las formas de expresión y razonamiento matemático, tanto para producir e interpretar distintos tipos de información, como para ampliar el conocimiento sobre aspectos cuantitativos y espaciales de la realidad, y para resolver problemas relacionados con la vida cotidiana y con el mundo laboral.

3.- La competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico consiste en la habilidad para interactuar con el mundo físico, tanto en sus aspectos naturales como en los generados por la acción humana, de tal modo que se posibilita la comprensión de sucesos, la predicción de consecuencias y la actividad dirigida a la mejora y preservación de las condiciones de vida propia, de las demás personas y del resto de los seres vivos.

4.- La competencia en el tratamiento de la información y competencia digital consiste en disponer de habilidades para buscar, obtener, procesar y comunicar información, y para transformarla en conocimiento. Incorpora diferentes habilidades, que van desde el acceso a la información hasta su transmisión en distintos soportes una vez tratada, incluyendo la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación como elemento esencial para informarse, aprender y comunicarse.

5.- La competencia social y ciudadana hace posible comprender la realidad social en que se vive, cooperar, convivir y ejercer la ciudadanía democrática en una sociedad plural, así como comprometerse a contribuir a su mejora. En ella están integrados conocimientos diversos y habilidades complejas que permiten participar, tomar decisiones, elegir cómo comportarse en determinadas situaciones y responsabilizarse de las elecciones y decisiones adoptadas.

6.- La competencia cultural y artística supone conocer, comprender, apreciar y valorar críticamente diferentes manifestaciones culturales y artísticas, utilizarlas como fuente de enriquecimiento y disfrute y considerarlas como parte del patrimonio de los pueblos.

7.- La competencia para aprender a aprender supone disponer de habilidades para iniciarse en el aprendizaje y ser capaz de continuar aprendiendo de manera cada vez más

eficaz y autónoma de acuerdo a los propios objetivos y necesidades.

8.- La autonomía e iniciativa personal, se refiere por una parte, a la adquisición de la conciencia y aplicación de un conjunto de valores y actitudes personales interrelacionadas, como la responsabilidad, la perseverancia, el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la creatividad, la autocrítica, el control emocional, la capacidad de elegir, de calcular riesgos y de afrontar los problemas, así como la capacidad de demorar la necesidad de satisfacción inmediata, de aprender de los errores y de asumir riesgos.

Estas ocho competencias se encuentran englobadas en la propuesta europea, donde en realidad podemos considerar que están relacionadas con cada uno de los ámbitos en los que vive el individuo: con el ámbito educativo, con el ámbito profesional y laboral, con el ámbito social para la mejora de la convivencia y las relaciones entre las personas y para la participación activa en la sociedad en la que vive, y en relación con el ámbito personal, para el desarrollo de la autoestima, el bienestar emocional y el ajuste personal.

Los centros elaboran sus propuestas pedagógicas para esta etapa desde la consideración de la atención a la diversidad y del acceso de todo el alumnado a la educación común. En esta etapa se presta una atención especial a la adquisición y el desarrollo de las competencias básicas y se fomenta la correcta expresión oral y escrita, implantando un tiempo semanal a la lectura y el uso de las matemáticas. Promover las medidas necesarias para que la tutoría personal de los alumnos y la orientación educativa, psicopedagógica y profesional, constituyan un elemento fundamental en la ordenación de la educación secundaria

Es imprescindible dar soluciones específicas para la atención de aquellos alumnos que manifiesten dificultades especiales de aprendizaje o de integración en la actividad ordinaria de los centros, de los alumnos de alta capacidad intelectual y de los alumnos con discapacidad.

---

## 2.2.- ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

---

El concepto de diversidad ha ido evolucionando a medida que la escuela ha pasado de modelos segregacionistas y limitadores para dar paso a una escuela integradora más tolerante e inclusiva en la que se reconoce la heterogeneidad como algo

positivo y enriquecedor.

En esa evolución, y en un primer momento, se entendía por educación especial a la atención que se prestaba a los sujetos que presentaban cualquier tipo de deficiencias, y con posterioridad se ha venido hablando de necesidades educativas especiales, para reforzar la idea de que las dificultades no son exclusivas del sujeto, sino que pueden aparecer en función de las demandas y las posibilidades del medio en el que se desarrolla. ( Gútiez, 2000)

En la actualidad se viene hablando de Atención a la Diversidad como un concepto más amplio, centrado en las necesidades de cada miembro de la escuela, en el que no solo hace referencia a capacidades para aprender, sino que recoge otros aspectos determinantes en el proceso de enseñanza aprendizaje del sujeto entre los cuales se incluían su propia cultura, género, raza o religión, condiciones sociales etc.

Creemos en la inclusión como parte de un proceso, de una lucha más amplia contra las prácticas y los discursos exclusivistas que consideran a cada individuo como separado, independiente y descontextualizado socialmente.

La inclusión no es tratar de generar marcos legales y organizativos que posibiliten la inclusión, como un tema puntual y solidario de grupos relativamente pequeños de alumnos considerados como “diferentes” en escuelas ordinarias, se basa en la introducción de enfoques más amplios que suponen una mejora de las escuelas, entendidas como escuelas para todos.

El planteamiento de una escuela inclusiva es lograr reconocer el derecho que todas las personas tienen a sentirse miembros de la comunidad educativa a la que pertenecen, cualquiera que sea su medio social, su cultura de origen, su ideología, su sexo, su etnia o sus situaciones personales derivadas de una discapacidad física, intelectual, sensorial, emocional o de sobredotación intelectual.

Avanzar hacia la inclusión es tener en cuenta a todos los alumnos y no sólo a aquéllos que tienen necesidades “especiales”, es construir una escuela que responda a la diversidad de necesidades de los alumnos, lo que supone una reorientación de los servicios y un conocimiento experto. Por otra parte, en esta diversidad de nuestras aulas se encuentran aquellos menores que no tienen en los contextos en los que viven, las

condiciones de protección y la atención necesarias, ni encuentran los modelos para un adecuado desarrollo, por parte de las persona encargadas de su cuidado.

En situaciones de desprotección y riesgo, la socialización de los menores no se produce adecuadamente, viéndose afectadas tanto sus competencias personales y adaptación social, como sus aprendizajes escolares.

La LOE (2006) en el Título II Equidad en la Educación, capítulo I se ocupa del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, cuyos principios encomienda a las Administraciones:

- Disponer los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general.
- Asegurar los recursos necesarios para que el alumnado que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales
- Establecer los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades educativas específicas de los menores.

La atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se registrá por los principios de normalización e inclusión.

Las Administraciones educativas deben garantizar la escolarización, regular y asegurar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos de este alumnado. Igualmente les corresponde adoptar las medidas oportunas para que los padres de estos alumnos reciban el adecuado asesoramiento individualizado, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos.

La LOE (2006) establece el término de alumnado con necesidad específica de apoyo educativo que incluye, entre otros, tres tipos de alumnado:



- Alumnado que presenta necesidades educativas especiales.
- Alumnado con altas capacidades intelectuales.
- Alumnos con integración tardía en el sistema educativo español.

Las administraciones educativas desarrollan programas específicos para los alumnos que presentan graves carencias lingüísticas o en sus competencias o conocimientos básicos, a fin de facilitar su integración en el curso correspondiente.

El desarrollo de estos programas se realiza simultáneamente a la escolarización de los alumnos en los grupos ordinarios, conforme al nivel y evolución de su aprendizaje.

Por otro lado, con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las administraciones públicas desarrollan acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentren en situaciones desfavorables y proveen los recursos económicos y los apoyos precisos para ello. De este modo, las políticas de educación compensatoria refuerzan la acción del sistema educativo para evitar desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole.

El Ministerio de Educación y Ciencia habla de necesidades educativas especiales cuando un alumno presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder al currículo común en su edad, sea por causas internas o por un planteamiento educativo inadecuado y necesita para compensar esas dificultades, unas condiciones especialmente adaptadas en los diferentes elementos de la propuesta curricular ordinaria y/o la provisión de unos recursos específicos distintos de los que la escuela ofrece a la mayoría de los alumnos, MEC (1990).

Este planteamiento pone de manifiesto la responsabilidad que tiene la escuela con el alumno. Las dificultades de aprendizaje no recaen exclusivamente en el alumno/a, sino que tienen un carácter interactivo del mismo en su contexto.

Es este mismo planteamiento el que obliga a la escuela ordinaria a dar respuesta a la diversidad del alumnado, dotándose de recursos para esa diversidad, Gútiérrez, (2008).

Serán las administraciones educativas las encargadas de asegurar los recursos necesarios para que el alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades.

Para entender que medidas de atención a la diversidad toma el sistema educativo, debemos conocer los distintos tipos de necesidades educativas especiales.

---

### 2.1.2. El concepto de necesidades educativas especiales

---

La aprobación de la LOE (2006) ha traído consigo cambios importantes y modificaciones en la organización de la atención a la diversidad.

Una de estas modificaciones concierne al concepto de Necesidades Educativas Especiales, redefinido en el Título II, Equidad en la Educación, de la citada ley. Modificaciones que se deben, por un lado, a la aparición de un nuevo concepto más general (Necesidades Específicas de Apoyo Educativo) y, por otro, a las modificaciones intrínsecas del mismo. Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) engloba, desde el punto de vista de la LOE (2006) al alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta, al alumnado con altas capacidades intelectuales, al alumnado con incorporación tardía en el Sistema Educativo Español, al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje o al alumnado con condiciones personales o de historia escolar compleja.

En relación con las necesidades educativas especiales, la LOE articula que el alumnado con necesidades educativas especiales es aquel que requiere, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Entendemos por NEEs aquellas que tiene el alumnado derivadas de discapacidad, sobre dotación, desventaja sociocultural o dificultad específica de aprendizaje, valorándose dentro de una acción educativa que precisa de recursos con carácter extraordinario, a los que los centros aportan habitualmente, ante las dificultades en el proceso de enseñanza-aprendizaje de algunos de sus alumnos o alumnas.

Las NEEs no son una definición, sino una conceptualización operativa que busca la adecuación del sistema educativo al niño que las tiene y dejarán de ser especiales para ser simplemente necesidades como las del resto del alumnado, en la medida que los recursos del centro sean óptimos, su profesorado y equipo docente mantengan la implicación tutorial apropiada y se considere al niño como núcleo fundamental de la enseñanza y al que se adecúa el currículo. En suma, este alumnado tiene necesidades educativas que son especiales, no por su trastorno, sino por la necesidad de atención a

sus dificultades y a los recursos que por ello precisan.

Tabla 1. Aspectos de las necesidades educativas especiales.

<b>NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES</b>	<p>Relaciona dificultades de aprendizaje con los recursos educativos.</p> <p>Transmite una concepción de aprendizaje como favorecedora del desarrollo.</p> <p>Evaluación de los aprendizajes en una visión de proceso y no sólo de producto.</p> <p>Concepción de la educación especial como especialidad o área de conocimientos e intervención, en igualdad con otras áreas o departamentos.</p> <p>Integración en los niveles social y comunitario, desarrollando la normalización educativa.</p> <p>Acercamiento familiar al centro ordinario, con una visión positiva en los padres sobre las posibilidades de sus hijos.</p>
--	--

Adaptado de López, H (2012)

El concepto de necesidades especiales pone de manifiesto lo fundamental de nuestro sistema educativo: una individualización de los procesos de enseñanza-aprendizaje, la valoración del contexto y la adecuación del currículum, en definitiva, un proceso de ajuste o de adaptación al alumnado.

Tabla 2: Tipos de necesidades educativas especiales

<b>Necesidades Educativas Especiales Permanentes</b>	<b>Necesidades Educativas Especiales Temporales</b>
Exigen una adaptación generalizada del currículum escolar a las características de un alumno. Se tendrá que mantener durante todo o gran parte de su desarrollo escolar	Exigen la modificación de una parte del currículum. Corresponde a lo que se denomina como dificultades en los aprendizajes y tienen carácter transitorio.
NEE de carácter intelectual	NEE en el desarrollo de las funciones superiores.
NEE de carácter sensorial	NEE en el aprendizaje de las técnicas básicas.
NEE de carácter físico- motórico.	NEE en el aprendizaje de las técnicas de trabajo intelectual.
NEE de carácter afectivo emocional	

NEE de carácter sociocultural	
-------------------------------	--

Adaptado de López, H ( 2012)

Para dar respuesta a estos tipos de NEE la escuela cuenta con recursos de apoyo internos y externos al centro. Los centros adaptan el curriculum con la organización escolar y realizan las adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas para facilitar a todo el alumnado la consecución de los fines establecidos, según LOE, Título II Equidad en la Educación, en el Capítulo I Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, referido en el artículo 72

---

### 2.1.2.- Bases normativas de la atención a la diversidad

---

La política educativa es un condicionante, muy importante, en la respuesta a los problemas de desarrollo y de atención a la diversidad. De los objetivos generales de la educación se desprende el hecho de que en este ámbito se ha apostado por la atención educativa del niño "diferente" y por su integración, aunque de una forma tímida y lenta, hace que éste objetivo no sea utópico e irrealizable.

Esto se ha reflejado en la aparición de distintas normas que regulan la atención a la diversidad.

La Constitución Española de 1978 reafirma el derecho de todo ciudadano a la educación, en su artículo 27. En este sentido, ya la Ley 13/1982, de 7 de Abril (BOE del 30) contempla la Integración Social de los Minusválidos, desarrollando el mandato que contiene el artículo 49 de la Constitución Española de 1978.

El Real Decreto 334/1985, de 6 de Marzo, de Ordenación de la Educación Especial, surge un nuevo enfoque, ya que se consideran incompletos los planteamientos y las soluciones anteriores y pone todo el énfasis en potenciar más y dotar mejor a los centros ordinarios para facilitar la integración del alumno con alteraciones del desarrollo.

Las instrucciones de 26 de Febrero de 1990 se establece el funcionamiento del Departamento de Orientación Educativa en los centros de Educación Especial. Dentro de estas instrucciones se establecen las funciones de los pedagogos , psicólogos, profesor especializado en perturbaciones del lenguaje y la audición, del trabajador social y del fisioterapeuta.

La Orden de 9 de diciembre de 1992 (BOE del 18-12-92) por la que se regula la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

Resolución de 28 de julio de 2005 del Director General de Centros Docentes, por la que se establece la estructura y funciones de la Orientación Educativa y Psicopedagógica en Educación Infantil, Primaria y Especial en la Comunidad de Madrid.

Resolución de 2 de septiembre de 1993, por la que se regula el nombramiento de los directores de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (BOMECE 4-10-1993).

La Orden Ministerial de 14 de noviembre de 1994 por la que se establece la sectorización de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (BOE 22-11-1994)

Resolución de 7 de julio de 1995, por la que se distribuye y destina al profesorado de los tres Equipos de Orientación Educativa que existen en la actualidad en el ámbito del MEC (BOE 28-07-1995).

Real Decreto 696/1995 Ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.

La Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula la evaluación de los alumnos con necesidades educativas especiales que cursan las enseñanzas de régimen general establecidas en la Ley Orgánica 1/1990, de 3-10-1990 de Ordenación General del Sistema Educativo.

La Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y establece los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales

Sin embargo, esta orden ha quedado **derogada** por:

La Orden EDU/849/2010, de 18 de marzo, por la que se regula la ordenación de la educación del alumnado con necesidad de apoyo educativo y se regulan los servicios de orientación educativa en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, en las ciudades de Ceuta y Melilla (BOE-A-2010-5493).

Encontramos, un vacío legal sobre la evaluación psicopedagógica de los alumnos con necesidades educativas especiales en la Comunidad de Madrid.

Real. Decreto. 82/1996, (ROC) de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las Escuelas de Educación Infantil y Primaria. (BOE 21-2-1.996)

Real. Decreto. 83/1996, (ROC) de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de los Institutos de Enseñanza Secundaria. (BOE 21-2-1.996)

Resolución de 30 de abril de 1996 de la Dirección General de Renovación Pedagógica, por la que se dictaminan instrucciones sobre el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (BOE 13-05-1996).

Circular de la Dirección General de Centros Docentes relativa a la organización en los centros públicos en Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria del profesorado de apoyo educativo al alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones personales de discapacidad.

Real Decreto 926/1999, de 28 de mayo, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad de Madrid en materia de enseñanza no universitaria

Orden 2316/1999, de 15 de octubre, del Consejero de Educación, por la que se regula el funcionamiento de las actuaciones de compensación educativa.

Orden 3479/ 2000 de 5 de julio por la que se crean las Unidades Específicas de Formación en Inserción Laboral.

Orden 1250/2000, de 25 de abril, de la Consejería de Educación, por la que se establece la sectorización de los Equipos de Orientación (BOE 9-05-2000).

Diario Oficial de las Comunidades Europeas. (2002) Consejo 142/01. Programa de trabajo detallado para el seguimiento de los objetivos concretos de los sistemas de educación y formación en Europa

Eurydice (2002) Las competencias claves. Un concepto en expansión de la educación general obligatoria. Dirección General de Educación y Cultura.

Real Decreto 830/2003 de 27 de junio por el que se establecen las enseñanzas comunes de la Educación primaria.

DeSeCo (2005) The definition and selection of key competencies. Executive Summary. OCDE.

Resolución de 7 de abril de 2005, de la Dirección General de Centros Docentes, por la que se establecen determinados centros de escolarización preferente para alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a graves alteraciones comunicativas y sociales.

Resolución de 17 de julio de 2006, para actualizar y facilitar la aplicación de la Resolución de 28 de julio de 2005, por la que se establece la estructura y funciones de la orientación educativa en la CAM.

Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de la Educación.

Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria.

Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria.

Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo *de 18 de diciembre de 2006 sobre* las competencias clave para el aprendizaje permanente 962/CE.

Orden 4265/2007, de 2 de agosto, de la Consejera de Educación, por la que se regula el programa de diversificación curricular en la Educación Secundaria Obligatoria de la Comunidad de Madrid.

Orden 1797/2008, de 7 de abril, de la Consejería de Educación, por la que se regulan la ordenación académica y la organización de los programas de cualificación profesional inicial que se impartan en centros educativos de la Comunidad de Madrid.

Instrucciones de la Dirección General de Centros Docentes relativas a la elaboración y revisión del plan de atención a la diversidad de los centros educativos sostenidos con fondos públicos de educación infantil y primaria y educación secundaria de la Comunidad de Madrid. mayo 2005

Instrucciones de la Dirección General de centros docentes relativas a la elaboración y revisión del plan de atención a la diversidad de los centros educativos

sostenidos con fondos públicos de educación infantil y primaria y educación secundaria de la Comunidad de Madrid. Julio 2005

Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid. de 9 diciembre de 2010

Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario en la Comunidad de Madrid. De 9 diciembre de 2010

Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Centros Educativo-Terapéuticos de la Comunidad de Madrid. De 9 diciembre de 2010

Instrucciones de la Dirección General de Educación Secundaria y enseñanzas profesionales por las que se regula el procedimiento de incorporación del alumnado a las aulas de compensación educativa de la Comunidad de Madrid durante el curso 2010/2011

---

### 2.1.3. Alteraciones del desarrollo y NEE más frecuentes en los menores en periodo de escolarización.

---

A continuación se expone una breve compilación de las alteraciones del desarrollo y las necesidades educativas más frecuentes de los alumnos durante el periodo de escolarización y a las que se debe dar respuesta en nuestro sistema educativo. Dicho compendio se ha introducido en el presente estudio como medio para contribuir a sistematizar el conocimiento y tratamiento de las alteraciones del desarrollo con las que vamos a trabajar en nuestro estudio.

El desarrollo, como proceso de formación progresiva de la persona, es multicausal, en una integración de los factores personales y ambientales, valorando los condicionantes y las circunstancias externas al individuo, como propios de la socialización. En consecuencia, hablar de un individuo en desarrollo supone hacerlo en su integración en lo biológico, cognitivo, personal, social y moral, advirtiéndolo, en definitiva, dos grandes bloques. Desde una perspectiva individual (aptitudes, intereses,



actitudes, etc.) y, desde los diferentes contextos o sistemas en los que el sujeto se desenvuelve, tratando de su adaptación.

Estableciendo el desarrollo como conjunto de cambios en la persona y en la conducta que la hacen más adaptada, se entenderá por trastorno de desarrollo aquella alteración, disfunción o dificultad en general del funcionamiento intelectual general y de la conducta adaptativa de una persona, que conlleva la necesidad de elementos de apoyo y recursos en el contexto donde se desenvuelve. De forma más detallada, en los trastornos del desarrollo, se pueden expresar las siguientes características:

- Tienen su origen en la infancia o en la adolescencia.
- Se dan dificultades varias en las capacidades, las habilidades, los conocimientos, etcétera
- Su intervención psicoeducativa deberá contar con recursos y apoyo, de carácter extraordinario a lo habitual en los centros educativos. En consecuencia, son sujetos de necesidades educativas especiales o de compensación educativa.
- En lo social tendrán necesidad de apoyos o redes de ayuda, buscando la adaptación a sus contextos.

Considerando la escuela como un espacio idóneo para detectar situaciones de riesgo e identificar posibles dificultades o alteraciones del desarrollo Gútiez, ( 2005); Muñoz Garrido y Vidanes, (2005), el papel de los educadores es básico para evaluar, diseñar y planificar la respuesta educativa más adecuada a la población que atiende. Es necesario que los profesores posean la información suficiente sobre la existencia de situaciones que dificultan el normal desarrollo del individuo, así como dificultades y trastornos documentados, para tomar las medidas oportunas que puedan paliar o resolver la situación.

Tabla 3 :Alteraciones del desarrollo y necesidades educativas especiales

Retraso	Funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio: CI=70 o inferior;. Existencia de limitaciones significativas de la actividad adaptativa. Inicio antes de los dieciocho años.
---------	---

Mental	<i>Técnicas de diagnóstico:</i> mediante uno o más tests de inteligencia normalizados y aplicados individualmente; Escala Weschler, Batería de evaluación Kaufman, Escala de inteligencia Stanford- Binet.
--------	--

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gutiez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 4 :Alteraciones visuales

Ceguera	<p>Agudeza visual menor de 1/10 o tener un campo visual reducido a un 90%</p> <p>Ceguera total: Ni percepción ni proyección de luz.</p> <p>Ceguera parcial: Percepción de luz y figura difusa.</p> <p>Baja visión: Discriminación de objetos a pocos centímetros.</p> <p>Visión límite: discriminación de caracteres impresos.</p>
Miopía	<p>Se puede ver bien de cerca y borroso de lejos. La sintomatología es con recurrentes dolores de cabeza y mareos.</p> <p>Diagnóstico: Corresponde a los profesionales de la visión, pero desde la escuela infantil se puede realizar una detección precoz por medio de: La escala de desarrollo Brunet- Lezine, Test Stycar o el test de LH (Lea Hyvarien).</p>
Hipermetropía	<p>Se puede ver bien de lejos, pero con dificultad para enfocar de cerca. Síntomas son el malestar que les producen las tareas visuales en distancia próxima.</p> <p>Diagnóstico: profesionales de la visión, desde la escuela infantil se puede realizar una detección precoz por medio de: La escala de desarrollo Brunet- Lezine, Test Stycar o el test de LH (Lea Hyvarien).</p>
	<p>El globo ocular no es esférico, así, los radios luminosos se refractan con distinta intensidad según su posición. La sintomatología es</p>

Astigmatismo	diversa, dolor de cabeza, dificultad en tareas que exigen concentración visual.
Angiometria	Se presenta con una gran diferencia entre las graduaciones de ambos ojos, pudiendo presentar un ojo miope y otro hipermetrope. Problemas escolares cuando el ojo que tiene peor visión es el dominante, se presentará un problema de lateralidad cruzada con las repercusiones que ello provoca en el aprendizaje.
Estrabismo	Desviación ocular o pérdida de paralelismo de los ojos, lo cual conlleva a que el ojo que se desvía no se usa o se usa de forma equivocada.  Diagnóstico: Corresponde a los profesionales de la visión, pero desde la escuela infantil se puede realizar una detección precoz por medio de: La escala de desarrollo Brunet- Lezine, Test Stycar o el test de LH (Lea Hyvarien).

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gutiez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 5 :Alteraciones auditivas

Hipoacusia	<p>Grado leve: umbral auditivo de 20 a 40 dB.</p> <p>Grado moderado: umbral auditivo de 41 a 70 dB</p> <p>Grado severo: umbral auditivo de 71 a 90 dB</p> <p>Grado profundo: umbral auditivo de +90 dB</p> <p>Hipoacusias conductivas: Lesión en el oído medio/ externo.</p> <p>Hipoacusias neurosensoriales: Lesión en el oído interno (cóclea o nervio auditivo)</p> <p>Entre el 3% y el 6% de los niños en edad escolar padecen algún tipo de hipoacusia. La detección precoz es esencial tanto para prevenir problemas en la adquisición del lenguaje, como posibles repercusiones en el desarrollo académico, emocional y social del niño y la familia.</p> <p>Diagnóstico: Corresponde a los profesionales de la audición, desde la escuela infantil se puede realizar una detección precoz por medio de: pruebas de distracción, pruebas musicales sonoras, etc.</p>
------------	---

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gutiez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 6 :Alteraciones motóricas

Parálisis	<p>Lesión del Sistema Nervioso Central que aparece en la primera infancia, afecta al tono, movimiento y la postura. Es una lesión permanente, no progresiva. La parte afectada del cerebro normalmente controla los músculos y ciertos movimientos, los mensajes entre el cerebro y los músculos se mezclen. Pueden tener una inteligencia normal o incluso superior a la media. 1/400 padecen</p>
-----------	--

Cerebral ( P.C.)	este trastorno.
Distrofia Muscular ( DM)	La DM es un término general usado para describir un grupo de unos 20 trastornos genéticos que producen debilidad en los músculos. Los síntomas de la DM congénita aparecen al nacer o en los primeros meses de vida (hipotonía, escaso control de la cabeza, retraso en hitos madurativos, gatear, andar. La DMC se acompaña de dificultades de aprendizaje, desde leves a graves, resultado de una pobre comunicación y escasas habilidades lingüísticas desde los primeros años.
Espina Bífida	Las vértebras normales tienen un canal en el centro, que recorre la columna y que protege la médula y los nervios que conectan el cerebro con todas las partes del cuerpo. Los afectados por este trastorno padecen un cerramiento anómalo de este canal, las fibras nerviosas que forman parte de la médula espinal quedan abiertas y no desarrollan su función transmisora correctamente.
Osteogénesis imperfecta (niños de cristal)	Enfermedad genética del metabolismo del colágeno de los huesos, que se caracteriza por deformidad y fragilidad de los huesos, en especial de los huesos largos. Como consecuencia, los niños padecen fracturas por golpes y caídas soldando con mucha más dificultad de lo normal.

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiérrez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 7 :Alteraciones de la comunicación y el lenguaje

Disglosia	Alteración del habla por defecto físico en alguno de los órganos del sistema fonoarticulatorio
Dislalia	Alteración del habla por una mala función de alguno de los órganos de la articulación.

Afasia congénita	Pérdida del habla por accidente u otra causa en la que se ven afectadas las áreas específicas del lenguaje. La afasia infantil es debida a lesiones en le SNC cursando con características similares a la afasia congénita.
Disfasia	Debilitación o pérdida de las asociaciones verbales por afectación de la corteza cerebral. Trastorno grave del desarrollo del lenguaje, existiendo normalmente dificultades de comprensión y expresión
Mutismo	Faltad e lenguaje unido a factores psicógenos sin causa ni funcional ni orgánica. Incapacidad o negación a utilizar el lenguaje.

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 8 :Síndromes y trastornos documentados

Síndrome de Down	<p>Aberración cromosómica no ligada al sexo en el par 21 cursando con retraso mental y numerosos trastornos clínicos asociados.</p> <p>Características del aprendizaje de las personas con síndrome de Down:</p> <p>Retraso en la psicomotricidad fina y gruesa.</p> <p>Problemas de audición y vista.</p> <p>Problemas de habla y lenguaje.</p> <p>Pobre memoria auditiva</p> <p>Tiempo de atención voluntaria limitado.</p> <p>Dificultades en pensamiento y razonamiento abstracto</p> <p>Problemas para secuenciar dificultades</p>
Trastornos del espectro autista (TEA)	<p>El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por:</p> <p>Alteración cualitativa en la interacción social.</p> <p>Alteración cualitativa en la comunicación y el lenguaje.</p> <p>Presencia de comportamientos y actividades estereotipadas y/o intereses limitados.</p> <p><i>Detección precoz:</i> indicadores específicos del trastorno autista son; no mantienen contacto ocular, no existe orientación hacia su propio nombre, no presencia de juegos de atención compartida, juegos de</p>

	<p>ficción. También se observan déficits conductuales en imitación, comunicación no verbal y/o desarrollo del lenguaje, variantes menos severas del trastorno pueden cursar sin retraso mental o con lenguaje.</p>
Trastorno de Asperger	<p>Trastorno generalizado del desarrollo con características similares al trastorno autista;</p> <p>Incapacidad grave y permanente para la interacción social.</p> <p>Pautas de conducta y actividades repetitivas.</p> <p>Ausencia de reciprocidad social o emocional.</p> <p>En contraste con el trastorno autista no hay retrasos en su desarrollo cognoscitivo ni alteraciones en la adquisición del lenguaje.</p>
Trastorno de Rett	<p>Trastorno generalizado del desarrollo. Desarrollo de múltiples déficits específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento.</p> <p>Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses.</p> <p>Pérdida de habilidades manuales previamente adquiridas</p> <p>Pérdida de implicación social</p> <p>Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.</p> <p>Afectación del lenguaje expresivo.</p> <p>Ha sido sólo diagnosticado en mujeres.</p>
Trastorno desintegrativo infantil	<p>Trastorno generalizado del desarrollo. Desarrollo aparentemente normal hasta los 2 años de edad, donde se observa una pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas. Las deficiencias sociales, comunicativas y de comportamiento permanecerán constantes a lo largo de la vida.</p>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	<p>Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad. Los síntomas deben producirse en el menos dos contextos (casa – escuela; ocio-escuela...)</p> <p>Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p>

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiérrez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 9 :Trastornos del aprendizaje

Disgrafía	<p>Dificultad con el proceso neurológico que se necesita para escribir letras, palabras o números con facilidad. Características para la <i>detección precoz</i>:</p> <p>Dedos agarrotados y torpeza para coger el lápiz.</p> <p>Mezcla de mayúsculas y minúsculas.</p> <p>Trazo e inclinación de las letras desigual</p> <p>Letras sin terminar</p> <p>Inversión de letras y números</p> <p>Lentitud al escribir y/o copiar</p> <p>Textos ilegibles con muchas correcciones.</p>
Discalculia	<p>La capacidad para el cálculo se sitúa significativamente por debajo de la esperada para su edad cronológica, su CI y la escolaridad propia de su edad. Características diagnósticas para su <i>detección precoz</i>:</p> <p>Incapacidad para aprender a contar de memoria</p> <p>Dificultad para leer o escribir números</p> <p>Los resultados que obtiene en cálculo son incoherentes</p>
Dislexia	<p>Puede afectar a la capacidad del individuo para leer con rapidez y comprensión. El alumnado con dislexia tiene poca memoria a corto plazo y dificultades para secuenciar y procesar la información. Se presenta en personas de todas las capacidades cognitivas, siendo su incidencia entorno al 5% /10% de la población. Características diagnósticas para su <i>detección precoz</i>:</p> <p>Experimentan grandes dificultades en la lectura, se equivocan de línea, cambian palabras, cometen errores en palabras muy comunes.</p> <p>El trabajo escrito de los disléxicos es de baja calidad comparado con su capacidad de lenguaje oral. Su cuaderno es muy sucio, confunden letras parecidas (b/d, p/q, etc.)</p>



	Investigaciones realizadas muestran una mayor predisposición de los disléxicos frente a los que no los son a ciertas formas de creatividad y/o deporte.
Dispraxia	<p>Consiste en una inmadurez en el modo en que el cerebro procesa la información, que da lugar a que los mensajes no se transmitan de forma correcta. Los niños con dispraxia pueden tener problemas de coordinación de movimientos, de percepción y de cognición (en algunos casos, presentan dificultades de coordinación entre la boca y la lengua, dando lugar a un problemas del lenguaje). Características diagnósticas para su <i>detección precoz</i>:</p> <p>Dificultades en tareas sencillas como andar, sentarse, correr.</p> <p>Dificultades en comprender conceptos espaciales (sobre, detrás...)</p> <p>Dificultades para seguir instrucciones secuenciales</p> <p>Confusión con la lateralidad, el niño cambia de mano indistintamente.</p>

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla 10: Trastornos ansiosos y depresivos

<p>TRASTORNO ANSIOSO GENERALIZADO</p>	<p>Consiste en una preocupación excesiva que aparece en múltiples contextos, con ausencia de una alteración orgánica que explique los síntomas, con una incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del adolescente, generando deterioro social o académico.</p> <p>Estas alteraciones pueden exacerbarse por períodos; puede experimentar irritabilidad, tensión muscular, sensación de fatiga o falta de energía,</p> <p>dificultad para dormirse, sueño inquieto, poco satisfactorio,</p> <p>preocupación excesiva acerca del rendimiento y la competencia, déficit de atención e inquietud, quejas somáticas sin causa orgánica específica, tendencia al perfeccionismo y extremada cautela.</p> <p>Muestran aprensión respecto a temas de adultos como la muerte, la enfermedad, la vejez, situaciones conflictivas de relaciones, problemas económicos etc. Este trastorno se asocia con frecuencia con trastornos depresivos, fóbicos.</p>
<p>TRASTORNO DE ESTRÉS</p>	<p>Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catástrofica en que el adolescente ha estado expuesto.</p>

POSTRAUMATICO	Abuso físico o sexual, secuestro, exposición a violencia, testigos de conductas suicidas, homicidios, desastres naturales, accidentes,
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	El trastorno Obsesivo Compulsivo es una categoría diagnóstica psiquiátrica que se emplea descriptivamente para los individuos que presentan obsesiones o compulsiones patológicas. Para distinguir entre fenómeno obsesivo normal o patológico, el criterio del DSM IV exige que la obsesión o la compulsión sea experimentada por el individuo como inapropiada y además que tenga la suficiente intensidad, frecuencia y duración que sea una suficiente fuente de estrés para el individuo. Los pensamientos, impulsos o imágenes que caracterizan al TOC se distinguen de las preocupaciones excesivas de la vida o conducta diaria en que interfieren el funcionamiento y la rutina normal del individuo así como la relación con otros. Además, se requiere que el individuo reconozca que el contenido de sus pensamientos es el producto de su mente y que existan esfuerzos para resistir, ignorar o suprimir estos pensamientos, siendo de todas formas ineficiente
TRASTORNOS DEL ANIMO	<p>Trastorno Depresivo Mayor: Existe un trastorno grave del ánimo depre- sivo o irritable diario o durante la mayor parte del día por al menos dos semanas. Su curso es episódico, con una recuperación total o parcial entre los episodios. Este trastorno altera el desarrollo normal del niño a adolescente generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales.</p> <p>Distimia: Existe un estado de ánimo depresivo o disfórico de manera crónica, que es menos intenso que el trastorno depresivo mayor. La duración de este estado es de al menos un año. Es frecuente su desarrollo desde edades tempranas, refiriendo inestabilidad depresiva del ánimo, siendo poco frecuente que refieran sensación de bienestar más allá de una semana. Algunos niños mayores o adolescentes pueden tener una depresión doble, es decir una historia distímica sobre el cual se desarrolla un episodio depresivo mayor.</p>

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiérrez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

Tabla11 :Trastornos de la personalidad

TRASTORNOS DE LA	Este grupo de trastornos se manifiestan por rasgos y conductas inflexibles e inadaptadas que causan una incapacidad en la vida de relación del adolescente y perturban subjetivamente su pensamiento con ideas absurdas o extravagantes.
------------------	--

PERSONALIDAD	Se trata, pues, de un grado patológico superior a los trastornos de adaptación
	<p><b>Trastorno paranoide:</b> tendencia injustificada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente malévolas.</p> <p>Trastorno esquizoide: indiferencia a las relaciones sociales, tendencia a las actividades solitarias y pobre expresividad emocional.</p> <p>Trastorno esquizotípico: ideas extravagantes y supersticiones, apariencia y conductas excéntricas, y déficit en las relaciones interpersonales</p> <p>Trastorno antisocial: conducta irresponsable, violación de derechos de otros.</p> <p>Trastorno límite (borderline): inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la vivencia de la propia imagen, en los estados de ánimo, junto con marcada impulsividad.</p> <p>Trastorno histriónico: excesiva emotividad, cambios rápidos de humor y exagerada búsqueda de atención.</p> <p>T. narcisista: grandiosidad (en fantasía o en conducta), necesidad constante de admiración y falta de empatía (saber sintonizar y colocarse en el lugar de los demás).</p> <p>Trastorno por evitación: inhibición social, sentimientos de no estar adecuado a las situaciones e hipersensibilidad a una evaluación negativa de su persona.</p> <p>T. por dependencia: conducta dependiente y sumisa, manifestando excesiva necesidad de recibir cuidados. Trastorno obsesivo-compulsivo: excesiva preocupación e inflexibilidad con el orden, perfeccionamiento y control.</p>

Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiez, 2005; East y Evans, 2010, López, H. 2012)

#### CUADRO 1: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Tabla 12 :Trastornos de la Conducta Alimentaria y TDAH

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	<p>Estos trastornos los conforman alteraciones graves de la conducta alimentaria, acompañadas o causadas por una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal</p> <p>se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas</p>
---------------------------------------	--

TCA	<p>(vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.).</p> <p><b>Anorexia nerviosa</b></p> <p>Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal</p> <p>Otras alteraciones psicopatológicas: suelen estar presentes síntomas como humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, rumiaciones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.</p> <p>Amenorrea</p> <p>Hiperactividad física</p> <p><b>Bulimia nerviosa</b></p> <p>Pérdida de control sobre la conducta alimentaria, que enmarca los episodios recurrentes de ingesta voraz</p> <p>Presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso</p> <p>Preocupación persistente por el peso y la figura</p>
<p>TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD</p> <p>TDAH</p>	<p>El déficit de atención e hiperactividad es una condición neurobiológica que se manifiesta con disfunciones en el comportamiento y distorsiones cognitivas. Se presenta generalmente en la población infantil con una tendencia entre el 5 al 8 % para los niños en edad escolar. Este dato varía dependiendo de la metodología utilizada para los estudios y la población investigada</p> <p>Las manifestaciones clínicas del TDAH son diversas y pueden variar mucho de una persona a otra e incluso en una misma persona a lo largo de la vida. Según predomine un tipo u otro de sintomatología se habla de TDAH:</p> <p>Predominantemente hiperactivo – impulsivo.</p> <p>Predominantemente inatento.</p> <p>Manifestaciones de los déficits cognitivo:</p> <p>Función ejecutiva</p> <p>Función atencional</p> <p>Función de memoria:</p>

	<p>Función perceptiva:</p> <p>Manifestaciones de los déficits motores</p> <p>Dificultad en permanecer sentado</p> <p>Dificultad para esperar por un turno o al esperar en una fila. Correr o escalar</p> <p>Hablar en exceso</p> <p>Responder impulsivamente a preguntas sin escuchar previamente contenido</p> <p>Tendencia a interrumpir: Se entromete en las conversaciones o los juegos de los demás</p> <p>Dificultad para jugar de forma tranquila.</p> <p>Sensación de estar siempre "deprisa".</p>
--	--

Elaboración propia. Fuentes: (DSM-IV, 2001; Gútiez, 2005;)

---

#### 2.1.4. RECURSOS PARA ATENDER A LA DIVERSIDAD

---

El término escuela inclusiva y el principio de inclusión aparecen ya no como términos emergentes sino como una realidad legislativa. La Ley 2/2006 de 3 de mayo, Ley Orgánica de Educación, establece como primero de sus principios fundamentales la exigencia de proporcionar una educación de calidad para todos los ciudadanos y en todos los niveles educativos, adaptada a sus necesidades, que los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades individuales, sociales, intelectuales, culturales y emocionales, teniendo en cuenta por tanto todas las dimensiones de la persona.

##### 2.1.4.1- RECURSOS INTERNOS PARA LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD.

---

Siguiendo a Gútiez (2008), los recursos humanos complementarios para garantizar la detección de las alteraciones del desarrollo de los alumnos con necesidades educativas especiales estarán formados por:

- **Director del centro:** cumpliendo con su función de apoyo el trabajo que el resto de profesores realiza con estos alumnos, convocando reuniones para el estudio de casos concretos, garantizando y coordinando la formación permanente del equipo docente, informando a los padres de la evolución y tratamiento que se lleva acabo con sus hijos, así como la coordinación de los profesionales del centro con la comunidad educativa, aprovechando los recursos que brinden determinados grupos externos.
- **Maestro en Pedagogía Terapéutica (PT):** Especialista en problemas específicos de los niños con NEE. Trabaja con estos niños en las aulas de apoyo. Entre sus principales funciones encontramos; realizar el diagnóstico diferencial de las dificultades de aprendizaje, elaborar recursos didácticos y programaciones para aquellos alumnos que lo necesiten, realiza la evaluación continua de los alumnos con NEE, asesora y orienta a las familias de estos alumnos.
- **Maestro especialista en audición y lenguaje (AL):** Profesional que facilita la detección de los problemas de comunicación y facilita las estrategias de intervención, elabora material para el profesorado, etc.
- **Profesor de apoyo:** Profesional especialista en la compensación de desventajas sociales. Trabaja con minorías étnicas y culturales.
- **Maestro especialista en educación especial:** es el principal responsable de desarrollar las funciones de refuerzo pedagógico en los centros ordinarios que escolaricen a alumnos con NEE. En centros específicos desarrolla funciones de profesor tutor, constituyendo el grueso de la plantilla.
- **Fisioterapeutas:** Existen en algunos centros que integran preferentemente alumnos con NEE de tipo motor. Orienta a los maestros sobre las posturas más convenientes así como la mejor forma de potenciar sus capacidades.
- **Auxiliares Técnicos Educativos:** Cumplen tareas de cuidado y aseo corporal de estos alumnos, así como la participación en actividades sociales colectivas.

Siguiendo a Gútiez (2008), los recursos humanos complementarios para garantizar la detección de las alteraciones del desarrollo de los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros de secundaria son:

### **Departamentos de Orientación de los IES**

Los **Departamentos de Orientación (DOs)**, son los responsables de la **orientación educativa** en las etapas de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato. Los Departamentos de Orientación se constituyen como recurso interno para los IES y cada uno de ellos cuenta con un D.O.

El Real Decreto 83/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el reglamento orgánico de los institutos de educación secundaria. (BOE 21-2-1.996) establece en el capítulo II la composición, funciones y organización de los Departamentos de Orientación y de actividades complementarias y extraescolares

#### **Composición del D.O:**

Profesores del cuerpo de profesores de enseñanza secundaria, entre los que hay, al menos, uno de la especialidad de psicología y pedagogía, o que ostente la titularidad de una plaza de esta especialidad.

En los institutos en los que se imparta formación profesional específica se incorporan al departamento de orientación los profesores que tengan a su cargo la formación y orientación laboral.

En los institutos incluidos en el programa de integración y para programas específicos se incorporarán al departamento de orientación los profesores que determine el Ministerio de Educación y Ciencia, de acuerdo con las necesidades peculiares de cada instituto.

#### **Funciones del D.O.**

Son funciones del departamento de orientación:

a) Formular propuestas al equipo directivo y al claustro relativas a la elaboración o modificación del proyecto educativo del instituto y la programación general anual.

b) Elaborar, de acuerdo con las directrices establecidas por la comisión de coordinación pedagógica y en colaboración con los tutores, las propuestas de organización de la orientación educativa, psicopedagógica, profesional y del plan de acción tutorial, y elevarlas a la comisión de coordinación pedagógica para su

discusión y posterior inclusión en los proyectos curriculares de etapa.

c) Contribuir al desarrollo de la orientación educativa, psicopedagógica y profesional de los alumnos, especialmente en lo que concierne a los cambios de ciclo o etapa, y a la elección entre las distintas opciones académicas, formativas y profesionales.

d) Contribuir al desarrollo del plan de orientación académica y profesional y del plan de acción tutorial y elevar al consejo escolar una memoria sobre su funcionamiento al final del curso.

e) Elaborar la propuesta de criterios y procedimientos previstos para realizar las adaptaciones curriculares apropiadas para los alumnos con necesidades educativas especiales, y elevarla a la comisión de coordinación pedagógica, para su discusión y posterior inclusión en los proyectos curriculares de etapa.

f) Colaborar con los profesores del instituto, bajo la dirección del jefe de estudios, en la prevención y detección temprana de problemas de aprendizaje, y en la programación y aplicación de adaptaciones curriculares dirigidas a los alumnos que lo precisen, entre ellos los alumnos con necesidades educativas especiales y los que sigan programas de diversificación.

g) Realizar la evaluación psicológica y pedagógica

h) Asumir la docencia de los grupos de alumnos que le sean encomendados,

i) Participar en la elaboración del consejo orientador que, sobre el futuro académico y profesional del alumno,

j) Formular propuestas a la comisión de coordinación pedagógica sobre los aspectos psicopedagógicos del proyecto curricular.

k) Promover la investigación educativa y proponer actividades de perfeccionamiento de sus miembros.

l) Organizar y realizar actividades complementarias en colaboración con el departamento correspondiente.

m) En los institutos donde se imparta formación profesional específica,



coordinar la orientación laboral y profesional con aquellas otras Administraciones o instituciones competentes en la materia.

n) En los institutos que tengan una residencia adscrita, colaborar con los profesionales que tengan a su cargo la atención educativa de los alumnos internos.

ñ) Elaborar el plan de actividades del departamento y, a final de curso, una memoria en la que se evalúe el desarrollo del mismo.

Los D.O. realizarán la evaluación psicopedagógica del alumnado de las etapas de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato comprendido en alguno de los siguientes casos;

- Alumnado escolarizado en los IES del sector.
- Alumnado escolarizado en centros privados sostenidos con fondos públicos
- Alumnado de Educación Secundaria escolarizado en centros privados.

La Orden de 14 de febrero de 1996, por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios par la escolarización de los alumnos con NEE (BOE 23-2-1996) es, según Nieto y Botías (2000), la base de la regulación de la evaluación psicopedagógica, ya que a través de esta Orden se regulan las condiciones para la atención educativa de los alumnos que presentan NEE, en las distintas etapas y niveles, tanto en centros ordinarios como de educación especial. Esta normativa se encuentra derogada, en algunas comunidades autónomas, no así en la Comunidad de Madrid, al no haber regulado nada al respecto.

#### **2.1.4.2. -Planes y programas para atender a la diversidad**

Para dar respuesta a la diversidad además de los recursos humanos, los centros elaboran según la norma, planes y programas que garantizan la atención al alumnado con necesidades educativas especiales y específicas.

#### **El Plan de Atención a la Diversidad.**

El Plan de Atención a la Diversidad es entendido como el conjunto de actuaciones, adaptaciones al currículo, medidas organizativas, apoyos y refuerzos que

un centro diseña, selecciona y pone en práctica para proporcionar, tanto al conjunto del alumnado del centro la respuesta mas ajustada a sus necesidades educativas generales y particulares, como a las propias dificultades que puede suponer la enseñanza de ciertas áreas o materias, intentando prevenir posibles dificultades de aprendizaje.

El Plan de Atención a la Diversidad se concreta en un documento en el que los centros hacen constar el análisis de la realidad del centro, la determinación de los objetivos a conseguir, las medidas que se llevarán a cabo para atender a la diversidad del alumnado y los recursos tanto humanos como, temporales, materiales y didácticos, que se van a destinar para ello, así como el procedimiento de seguimiento, evaluación y revisión del mismo.

### **El Plan de Acción Tutorial**

Entre las funciones del profesorado, se encuentran:

- La tutoría de los alumnos, la dirección y la orientación de su aprendizaje y el apoyo en su proceso educativo, en colaboración con las familias.
- La orientación educativa, académica y profesional de los alumnos, en colaboración, en su caso, con los servicios o departamentos especializados.

En el proyecto educativo del centro, se debe tener en cuenta las características del entorno social y cultural del centro, y se recoger la forma de atención a la diversidad del alumnado y la acción tutorial, así como el plan de convivencia, y deberá respetar el principio de no discriminación y de inclusión educativa como valores fundamentales.

El ejercicio de la tutoría, cuya finalidad es la individualización de la enseñanza o la educación personalizada, supone la concreción en la práctica de acciones específicas intencionalmente planificadas y adecuadamente articuladas en la organización escolar, el Plan de Acción Tutorial( PAT), al tiempo que se asigne su competencia a los diversos agentes educativos y se module su relación con la actividad docente, la función tutorial.

#### **2.1.4.3.- Recursos externos para la atención a la diversidad**

La adecuación a las necesidades de la población escolar con la que trabajan estos equipos determina la existencia de una red especializada que incluye:

#### **Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica**

Los Equipos de Orientación Educativa y Pedagógica (EOEPs) son grupos especializados de apoyo externo a la escuela, de configuración interdisciplinar, en ellos encontramos profesionales de las ramas de la Pedagogía, Psicología, trabajo social, educadores, maestros en audición y lenguaje, y de estructura sectorial (según criterios demográficos y geográficos). Realizan funciones de orientación, asesoramiento y apoyo técnico al Sistema Educativo en sus distintos niveles; detección precoz de deficiencias y dificultades en el aprendizaje, elaboración de propuestas de intervención (objetivos, contenidos y recursos), seguimiento de los casos en estrecha colaboración con los profesores de referencia del alumno, identificar recursos existentes en la zona, entre otros.

Son los responsables de la **orientación educativa** en las etapas de **Educación Infantil y Primaria**. Por *orientación educativa* se entiende generalmente la ayuda facilitada al alumno durante todo el proceso educativo y se ha clasificado en orientación escolar, personal y vocacional o profesional de acuerdo con los problemas que aborda. Bautista, (1991).

Dentro de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica podemos distinguir:

- Los **EOEPs de Atención Temprana**: Intervienen principalmente en las Escuelas Infantiles (de 0 a 3 años). En la etapa infantil se ponen de manifiesto gran parte de las discapacidades que afectan a la población escolar, algunas desde el momento mismo del nacimiento y otras en el desarrollo de las capacidades que se van adquiriendo en el proceso de maduración. La prevención y atención temprana cobra en estos momentos su máxima dimensión y su mayor nivel de eficacia (Discapnet, 2007).
- Los **EOEPs Generales**: Desarrollan su actuación en los centros de Educación Infantil y Primaria (de 3 a 12 años). En este período los aprendizajes escolares y su proceso de adquisición, cobran especial importancia. Las incidencias surgidas en este proceso de aprendizaje pueden suponer la base del fracaso o el éxito escolar, y en buena medida, personal del alumnado. Por ello, es necesario que se realice una valoración psicopedagógica para determinar la modalidad de escolarización, necesidad de apoyo, medidas de adaptación curricular o ambas cosas (GAT, 2000).

- Los **EOEPs Específicos**: de discapacidad motora, discapacidad visual, discapacidad auditiva y alteraciones graves del desarrollo. Tienen competencias en la orientación específica de las discapacidades que traten concretamente, en todas las etapas educativas, siendo su ámbito de intervención regional. Sus funciones son de complementariedad con respecto a los EOEPs Generales y de Atención Temprana, por ello su actuación se desarrollará en coordinación con los mismos (Resolución de 28 de julio de 2005).

La funciones de los componentes de los EOEPs se determinan en el apartado 8º de la Orden de 9 de diciembre de 1992 (BOE del 18-12-92) por la que se regula la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

- a) Psicólogos y pedagogos: Tienen la responsabilidad de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolaridad de los alumnos que puedan necesitarlo, es decir, tomarán parte en las sesiones en que se evalúa la competencia curricular de los alumnos con la finalidad de promoción de ciclo o de adaptaciones curriculares significativas.
- b) Trabajadores sociales: Se ocupan de que los centros educativos respondan a las necesidades sociales de la zona y de acercar otros servicios sociales, los más estrechamente vinculados con el sistema escolar, al centro.
- c) Maestros en audición y lenguaje: Se ocupan de la intervención educativa en alumnos con dificultades en la comunicación oral y escrita.

Los EOEPs realizarán la evaluación del alumnado que pueda presentar necesidades específicas asociadas a condiciones personales de discapacidad, trastornos graves de la personalidad o la conducta o sobredotación intelectual.

Al igual que los Departamentos de Orientación de los IES, los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica tienen la competencia de realizar la evaluación psicopedagógica del alumnado con NEE asociadas a condiciones personales de discapacidad, sobredotación o trastornos de la personalidad o la conducta.

Esta evaluación psicopedagógica, aun compartiendo principios y aspectos con las prácticas evaluadoras que todo profesor o tutor realiza tiene ciertas características que le son propias (Nieto y Botías, 2000).

Podemos definir la evaluación psicopedagógica como un proceso de recogida, análisis y valoración de la información relevante sobre los distintos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje, para identificar las necesidades educativas de determinados alumnos que presentan o pueden presentar desajustes en su desarrollo personal y /o académico, y para fundamentar y concretar las decisiones respecto a la propuesta curricular y al tipo de ayudas que aquellos pueden precisar para progresar en el desarrollo de las distintas capacidades (BOE, O.M. 14-1996).

La intervención educativa del alumnado que presenta alguna deficiencia o que está en riesgo de padecerla, debe cubrir las necesidades allí donde se producen, es decir, en el medio natural de los alumnos. Exige, por tanto, acercar la prestación de servicios al entorno del niño/a, así como al de su familia (Nieto, 2000).

En este sentido, el principio de sectorización implica, por tanto, la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda (GAT, 2000).

Actualmente, la Comunidad de Madrid cuenta con:

- 31 EOEPs Generales
- 25 EOEPs de Atención Temprana.
- 4 EOEPs Específicos.
- 1 Departamento de Orientación en cada IES

#### **2. 1. 4. Medidas específicas de atención a la diversidad en E. Secundaria**

En el ámbito de la Comunidad de Madrid se desarrollan actuaciones de compensación educativa que, conforme a las disposiciones del Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de las

desigualdades en educación (BOE de 12 de marzo de 1996), se dirigen a:

- Apoyar la inserción socioeducativa del alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a situaciones sociales y culturales desfavorecidas que se escolariza en centros de Educación Infantil y Primaria y en los que imparten E. S. O.
- Garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado que, por razones de hospitalización y convalecencia prolongada, no puede seguir un proceso normalizado de escolarización en su centro educativo.

#### **2.1.4.1.-Aulas de enlace (AE)**

Las aulas de enlace, reguladas por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, contribuyen a facilitar la incorporación del alumnado extranjero con desconocimiento del castellano al sistema educativo. Se regulan por instrucciones anuales. Facilitan la integración al alumno extranjero desconocedor de nuestra lengua a través de la adquisición de destrezas comunicativas básicas para su incorporación al sistema educativo.

#### **2.1.4.2.-Aulas de compensación educativa (ACE)**

Con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las Administraciones públicas desarrollan acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situaciones desfavorables y proveen los recursos económicos y los apoyos precisos para ello, la Comunidad de Madrid regula mediante Instrucciones anuales el procedimiento de incorporación del alumnado a las aulas de compensación educativa ACE

En cada grupo de las Aulas de Compensación Educativa se reservarán dos plazas para el alumnado procedente de la Agencia de reeducación y reinserción del menor infractor.

#### **2.1.4.3.- Programa de diversificación curricular ( PDC)**

El programa de diversificación curricular es una medida de atención a la diversidad destinada al alumnado que, tras la oportuna evaluación, y en posesión de los requisitos establecidos, precise de una organización de los contenidos y materias del currículo diferente a la establecida con carácter general y de una metodología

específica, con la finalidad de alcanzar los objetivos y competencias básicas de la Educación Secundaria Obligatoria y el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria.

La regulación del programa se establece la Orden 4265/2007, de 2 de agosto, de la Consejera de Educación, por la que se regula el programa de diversificación curricular en la Educación Secundaria Obligatoria de la Comunidad de Madrid.

#### **2.1.4.4.-Programa de Cualificación Profesional Inicial (PCPI)**

La LOE (2006), incluye en la Educación Secundaria Obligatoria los Programas de Cualificación Profesional Inicial destinados a alumnos mayores de dieciséis años que no hayan obtenido el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria. El artículo 30 de la Ley define los aspectos fundamentales de los programas, tales como los destinatarios, la estructura y los efectos de su superación, atribuye a las Administraciones educativas la organización de estos programas y establece como objeto de los mismos que todos los alumnos alcancen competencias profesionales propias de una cualificación de nivel 1 de la estructura actual del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales creado por la Ley 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, y el artículo 14 del Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria dispone que dichos programas incluyan módulos formativos de carácter general que posibiliten el desarrollo de las competencias básicas para proseguir estudios en las diferentes enseñanzas.

Para dar cumplimiento a esta medida la Comunidad de Madrid regula la ordenación académica y la organización de los P.C.P.I. que se impartan en centros educativos de la Comunidad mediante la Orden 1797/2008, de 7 de abril, de la Consejería de Educación.

Son objetivos de los programas de cualificación profesional inicial :

- Formar en las competencias profesionales propias de una cualificación de nivel 1 de la estructura actual del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales
- Favorecer una inserción sociolaboral satisfactoria.
- Adquirir las competencias básicas para proseguir estudios en las diferentes enseñanzas.

#### **2.1.4.5.- Aulas Profesionales Unidades de Formación e Inserción Laboral (UFIL)**

La oferta de P.C.P.I. podrá adoptar modalidades diferentes, pudiendo participar en los mismos los centros educativos, las corporaciones locales, las asociaciones profesionales, las organizaciones no gubernamentales y otras entidades empresariales y sindicales, bajo la coordinación de las Administraciones educativas.

La Comunidad de Madrid en la Orden 1797/2008 que regula los PCPI establece que la Consejería de Educación podrá regular la oferta formativa de otras modalidades destinadas a jóvenes desescolarizados pertenecientes a colectivos desfavorecidos o con riesgo de exclusión social, o que requieran una inserción laboral inmediata.

Con el fin de establecer el procedimiento y las actuaciones que permitan el acceso a los programas de cualificación profesional inicial, en la modalidad de Aulas Profesionales, desarrollados en las UFILs, se dictan las instrucciones para el acceso de los jóvenes siguiendo unos criterios de prioridad:

- Jóvenes desescolarizados en situación de marginación o riesgo de exclusión social.
- Jóvenes que han concluido su periodo de escolarización en un Aula de Compensación Educativa (ACE)
- Jóvenes procedentes de las Aulas de Enlace que, por su escolarización tardía en el sistema educativo español, presentan acusadas carencias lingüísticas y un gran desfase en sus competencias o conocimientos básicos.
- Alumnado escolarizado en Educación Secundaria Obligatoria con historial de absentismo y con dificultades para adaptarse al medio escolar.
- Las UFIL reservan en cada grupo de alumnos, dos plazas para jóvenes a los que les haya sido impuesta una medida judicial, derivados por la Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor.

#### **2.1.4.6.- Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias**

Las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias que funcionan en el ámbito de la Comunidad de Madrid al amparo del Convenio suscrito entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto



Nacional de la Salud, para la atención educativa a los niños hospitalizados (\*BOE de 28 de julio de 1998), tienen como objetivos generales los siguientes:

- Proporcionar atención educativa al alumnado hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, y evitar el retraso escolar que pudiera derivarse de su situación.
- Favorecer, a través de un clima de participación e interacción, la integración socio afectiva de las niñas y niños hospitalizados, evitando que se produzcan procesos de angustia y aislamiento.
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el hospital, programando actividades de ocio de carácter recreativo y educativo en coordinación con otros profesionales y asociaciones que desarrollan acciones en el entorno hospitalario.

El alumnado destinatario de estas actuaciones estará formado por alumnos hospitalizados en edad escolar obligatoria aunque, dependiendo de la disponibilidad de recursos, la atención educativa puede extenderse al alumnado de etapas no obligatorias

La atención educativa al alumnado que, por prescripción facultativa, debe permanecer largos períodos de convalecencia en su domicilio sin posibilidad de asistir al centro educativo en el que está escolarizado, y en enseñanzas no obligatorias, será realizada por entidades privadas sin ánimo de lucro, a través de convenios o subvenciones, sin perjuicio de la puesta en marcha de otras acciones desde la Consejería de Educación.

En todo caso, las Direcciones de Áreas Territoriales de Madrid, en relación con estos Programas de Apoyo Educativo Domiciliario, serán responsables de definir los procedimientos de demanda de atención educativa y de coordinación con los centros educativos, con las Unidades Escolares de apoyo en instituciones hospitalarias y con los servicios educativos de apoyo externo, absentismo escolar, al desarrollo de actividades de apoyo socioeducativo, la prevención de la violencia en los ámbitos escolar y familiar y la atención educativa domiciliaria de alumnado convaleciente matriculado en las enseñanzas escolares no obligatorias en la Comunidad de Madrid.

#### **2.1.5.- Modelo de provisión de servicios: Cascada de Deno**

La aplicación del principio de normalización en el campo de la educación, es lo que se denomina como Integración Escolar.

Para la provisión de servicios que el sistema educativo español necesita se utiliza el modelo de provisión de servicios llamada cascada de Deno (1973)

La integración debe considerarse como un medio para conseguir la normalización , y no como un fin en sí misma.

El principio de integración supone que las atenciones médicas, pedagógicas psicológicas y sociales, sean prestadas al niño dentro del marco general de los servicios.

La escuela debe satisfacer las necesidades educativas como un continuo, que comprende desde las que son comunes y generales para toda la población escolar, hasta aquellas específicas para cada alumno concreto. En consecuencia, ya no se habla de los deficientes sino como "alumnos con necesidades educativas especiales" a los que la educación general debe dar respuesta.

El modelo de integración más ampliamente divulgado y aceptado en general, es el modelo propuesto por Reynolds (1962) modificado posteriormente por Deno (1973) y por el sistema de cascada de servicios del informe Copex (Quebec, 1976) que exponemos a continuación:

#### Nivel 1

Clase ordinaria con profesor regular, responsable de la prevención, identificación, evaluación y corrección de dificultades menores del alumno.

#### Nivel 2

Clase ordinaria con servicios de apoyo al profesor regular.

#### Nivel 3

Clase regular con servicios de apoyo al educador regular y al alumno.

#### Nivel 4

Clase regular con participación del alumno en una clase de apoyo.

#### Nivel 5

Clase especial en la escuela ordinaria en participación en las actividades generales del centro

Nivel 6

Escuela especial.

Nivel 7

Enseñanza a domicilio.

Nivel 8

Enseñanza en una institución o centro hospitalario. Adaptado de Deno ( 1970)

Avanzar siempre en sentido integrador, es decir, hacia el nivel 1.

Las alternativas educativas se ofrecen escalonadas según las necesidades de cada alumno, en ocho niveles diferentes:

El nivel 1 incluye a todos los alumnos que pueden seguir los programas normales de la clase ordinaria.

El nivel 2 incluye a los alumnos que también siguen los programas normales de la clase ordinaria, pero el profesor recibe asistencia y orientación por parte de especialistas para ayudar a los alumnos excepcionales.

El nivel 3 incluye a los alumnos que siguen los programas normales de la clase ordinaria y además un especialista presta ayuda al alumno según sus necesidades.

El nivel 4 incluye alumnos que siguen una parte de la jornada en el aula ordinaria y otra en el aula especial.

El nivel 5 está formado por alumnos que están escolarizados en clase especial dentro de un centro ordinario, siguiendo programas diferentes y con profesor especial. Participan de estas actividades del centro: comedor, recreo, tiempo libre, etc.

El nivel 6 es el centro de educación especial en el que se escolariza a aquellos alumnos que por la gravedad de su patología no pueden seguir en modo alguno en un centro ordinario. Estos centros han de estar abiertos a la comunidad y en coordinación con los centros ordinarios.

El nivel 7 es la enseñanza en el domicilio del propio alumno, cuando éste no puede asistir a ninguno de los centros.

El nivel 8 es aquel en el que por las características especiales o familiares de los propios alumnos, éstos no pueden estar en su domicilio. Se deberá integrar al alumno lo antes posible en su familia. Se ha de procurar que estas instituciones sean de tamaño reducido.

El principio de sectorización. Consiste en poner bajo la responsabilidad de los equipos psicopedagógicos y Departamentos de orientación, las acciones preventivas y de tratamiento de la población con problemas de desarrollo, en un área geográfica determinada. Implica acercar y acomodar la prestación de los servicios al medio geográfico en el que el deficiente desarrolla su vida. Supone acercar los servicios a los lugares donde viven las personas que lo necesitan, cuando lo necesitan.

El principio de individualización de la enseñanza se concreta precisamente en que cada educando recibe precisamente la educación que necesita, en cada momento de su vida y de su evolución.

Dentro de este modelo de provisión de servicios se encuentra en el último nivel en la cascada de Deno (1970), la Pedagogía Hospitalaria, como la atención educativa al niño enfermo, complemento de las actuaciones clínicas en los hospitales, que detallamos en el capítulo siguiente

---

## CAPÍTULO 3 : LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

---

### 3.PEDAGOGIA HOSPITALARIA

La educación desempeña un papel muy importante en el desarrollo socioemocional y salud de los alumnos. Los menores necesitan destrezas sociales y emocionales y un entorno de seguridad para ponerlas en práctica de manera constructiva, proporcionándoles la oportunidad de ayudarles a desarrollar su sentido de identidad, su aprendizaje social y emocional.

La educación inclusiva plantea lograr el reconocimiento del derecho que todas las personas tienen a sentirse miembros de la comunidad a la que pertenecen, cualquiera que sea su medio social, su cultura de origen, su ideología, su sexo, su etnia o sus situaciones personales derivadas de una discapacidad física, intelectual, sensorial, emocional. Avanzar hacia la inclusión es tener en cuenta a todos y no sólo a aquéllos que tienen necesidades “especiales”, es construir una sociedad que responda a la diversidad de necesidades de las personas, lo que supone una reorientación de los servicios y un conocimiento experto de los profesionales y una educación de calidad que favorezca el movimiento continuo del equilibrio riesgo-protección, abriendo a los menores, en general, y a los adolescentes en particular a nuevas experiencias en un contexto de seguridad.

Una educación inclusiva incluye como contenido básico que los alumnos tengan consciencia de su realidad, que aprendan a identificar sus emociones y sentimientos desde el respeto a la diferencia, y a adquirir competencias de pensamiento y acción que faciliten su desenvolvimiento en el mundo con capacidad crítica. Esto requiere repensar valores y replantearse también cambios desde la organización de las instituciones y la propia didáctica, estableciendo tiempos de escucha, reflexión, diálogo, instaurar la participación efectiva como elemento indispensable de la formación, reivindicar la paz, la alegría, el sentido del humor, la esperanza, la ilusión, el entusiasmo, el optimismo, el placer de conocer, la búsqueda de la felicidad, ...

Esto, requiere introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, creatividad, moralidad, autoestima consistente, y supone vivir y trabajar desde el compromiso, la comunicación, la afectividad, desde la satisfacción por resolver un problema, descubrir un hecho o conocer otras realidades. Somos los adultos quienes debemos disponer alrededor de los menores las guías de desarrollo que les permitan fortalecer su resiliencia. Muñoz (2004).

De esta forma, en el marco de investigaciones de epidemiología social se ha venido observando que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían

enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta surgían fortalecidos de ella. A este fenómeno se le denomina resiliencia.

Por lo que se considera pertinente realizar un análisis desde la postura de la resiliencia y la salud en los niños y adolescentes, sobre todo porque se tiene la concepción de que la infancia y la adolescencia son estadios del desarrollo inmaduro, incompleto y frágil. Sin embargo, desde la resiliencia es posible hacer una redefinición del rol de los niños y adolescentes como seres con capacidad para interactuar con el ambiente, para modificarlo demostrando facultades de adaptación positiva. En este caso, dejan de ser sujetos pasivos beneficiarios que reciben información para ser reconocidos como actores de su propio desarrollo

Los sistemas educativos están obligados a dar respuesta a las demandas sociales y necesidades de los ciudadanos a los que sirven, para que todos puedan recibir una educación y una formación de calidad. El alumnado que, por razones de salud, debe permanecer temporalmente hospitalizado, se encuentra en situación de desventaja dentro del sistema educativo, su asistencia irregular al centro educativo y las posibles alteraciones emocionales que suelen aparecer durante la permanencia de este alumnado en las instituciones hospitalarias, pueden ser el origen de retrasos escolares, por lo que estos alumnos necesitan una respuesta educativa adecuada a las necesidades que en cada uno de ellos pueden manifestarse. Esta respuesta educativa, debe estar orientada a garantizar la continuidad del proceso educativo del alumno y contemplar tanto las necesidades educativas específicas relacionadas con aspectos curriculares como aquellas otras necesidades de tipo afectivo-personal, emocional y de relación.

---

### 3.1. BASES NORMATIVAS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

---

El ámbito de la pedagogía hospitalaria en España sigue fundamentalmente las directrices europeas. Estas aulas en hospitales, son generalmente ubicadas en los departamentos de pediatría y funcionan teniendo el objetivo de prestar atención al niño enfermo desde el punto de vista escolar, humano, social y psicológico.

La Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas del 20 de

Noviembre de 1989, ratificado en España el 30 de Noviembre de 1990, hace referencia a la protección de la infancia contemplada en la Declaración Universal de los Derechos del Niño de 1959.

En la Carta Europea de los Niños Hospitalizados, aprobada por Resolución del Parlamento Europeo (Diario Oficial de las Comunidades Europeas no c. 148/37 de 13 de mayo de 1986), se pide en el punto 4, que se proclame, en especial, una serie de veintitrés derechos, de los que por su interés destacan especialmente estos:

- Derecho del niño a *recibir una información* adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
- Derecho de *estar acompañado de sus padres* o de la persona que lo sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital
- Derecho a *no recibir tratamientos médicos inútiles* y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- Derecho a *negarse* (por boca de sus padres o de la persona que lo sustituya) a ser *sujeto de investigación*, y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
- Derecho a *disponer* durante su permanencia en el hospital de *juguets, libros y medios audiovisuales* adecuados a su edad.
- Derecho a ser tratado, durante su estancia en el hospital, *por personal cualificado*, con tacto, educación y comprensión y a que respete su intimidad.
- Derecho a estar *protegido jurídicamente* para poder recibir todas las atenciones y cuidados necesarios en el caso de que los padres o la persona que los sustituya se nieguen por razones religiosas, culturales u otra.
- Derecho a *ser hospitalizado junto a otros niños*, evitando en la medida de lo posible su hospitalización entre adultos
- Derecho a *proseguir su formación* escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una

hospitalización prolongada.

- Derecho del niño a la *necesaria ayuda económica y moral*, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes o tratamientos que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.

Se especifican recomendaciones alas autoridades hospitalarias en el punto 2.10 en estos términos: *“La autoridad hospitalaria o dirección debería asegurar que los niños en edad escolar que permanezcan en el hospital por los periodos de tiempo relativamente largos, tengan la oportunidad de proseguir con su educación en un aula debidamente dotada dentro del hospital, siempre y cuando no haya ninguna razón médica para que no se haga así”*.

Desde el punto de vista de la atención expresa al niño hospitalizado, en el Informe Warnock (1978), se hace referencia en un capítulo concretamente a los niños hospitalizados, para los que se exige una Educación Especial y un profesorado altamente cualificado.

El marco legislativo de las actuaciones educativas en los centros hospitalarios en España viene definido por las leyes y decretos siguientes:

En el año 1982, desde la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) se dieron las órdenes oportunas a las Direcciones Provinciales en el área de la asistencia pediátrica, aconsejando que se adaptaran a las exigencias psicológicas del niño, manteniendo zonas de juego, de escolarización y de convivencia con los padres, lo que posteriormente evoluciona hacia los siguientes eventos:

Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria en 1984. En el punto 10, se prevé la presencia de un maestro en los hospitales, en el área infantil, para evitar el retraso escolar y cubrir con la acción educativa otras necesidades personales más allá del aspecto puramente asistencial. Recoge la necesidad de contar con equipos psicopedagógicos y profesores de apoyo junto con el personal sanitario para asegurar la satisfacción de las necesidades docentes del niño enfermo. EL Plan de Humanización abordó en su día el aspecto lúdico en la hospitalización infantil con la pretensión de favorecer las actividades de tiempo libre, a fin de que el niño se encuentre en un entorno alegre y vital.



El Plan propone la existencia en los centros de una ludoteca, en la que el niño cuente con el material y el apoyo necesarios para la adquisición de hábitos de higiene, convivencia y orden, habilidades motrices, sensoriales y capacidades de pensamiento lógico y de expresión verbal, corporal y musical. Además, se recomienda la instalación de bibliotecas y salas de lectura, como medio de llenar el ocio y como terapia.

La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, en su artículo 27 contempla el derecho a la educación de todos los españoles y encomienda a los poderes públicos que promuevan las condiciones y remuevan los obstáculos para que este derecho sea disfrutado en condiciones de igualdad por todos los ciudadanos. Del mismo modo en su artículo 49 señala que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

El Plan Nacional de Educación Especial de 1978 sirvió de base legislativa a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos a partir de la cuál se abre una vertiginosa marcha hacia la atención al niño enfermo en cada una de las disposiciones legales del Ministerio de Educación y Ciencia. En el artículo 29 se contempla la ampliación de la atención al niño hospitalizado, de forma que todos los hospitales tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales.

El artículo 49 de la Constitución, se plasma en la Ley 13/1982 de Integración Social del Minusválido, una ley social de gran importancia en una sociedad cuya atención y preocupación por los minusválidos no iba más allá de lo meramente asistencial.

La Sección 3a de esta Ley es la que se refiere a la Educación y en su artículo 29 se recoge lo siguiente: “Todos los hospitales, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan Servicios Pediátricos Permanentes, sean de la Administración del Estado, de los Organismos Autónomos de ella dependientes, de la Seguridad Social, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como los hospitales privados, que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas, con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonadas con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la

marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales.”

Aunque ya derogada la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, que dedicaba el Título V a la compensación de las desigualdades en educación, establecía en su artículo 63 la necesidad de que se desarrollen acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situación desfavorable, reforzando las acciones del sistema educativo para evitar las desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales o de cualquier otra índole, y en su Capítulo V de la Educación Especial, del Título I, en el artículo 36.1 decía: “El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar dentro del mismo sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos.”

En un análisis más teórico podríamos decir que con esta Ley se inicia el cambio de concepción de una escuela comprensiva con las deficiencias a una escuela integradora.

El Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, establece que: el alumnado hospitalizado mantendrá su escolarización en el centro ordinario en el que desarrolle su proceso educativo, a no ser que por circunstancias tenga que hacerlo a distancia, también declara la necesidad de poner en marcha una serie de medidas de carácter compensatorio para aminorar las desigualdades de los niños que se encuentran hospitalizados, y entre estas medidas está la de crear unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias.

El Real Decreto 696/1995, de 28 Abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, en cuyo artículo 3.6 se dice que “El Ministerio de Educación y Ciencia promoverá la creación, en los centros hospitalarios y de rehabilitación, de servicios escolares para el adecuado desarrollo del proceso educativo de los alumnos de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria internados en ellos”.

La Circular del Ministerio de Educación y Cultura de 12 de Noviembre de 1996 en su apartado 2 establece los criterios para la organización de las actuaciones dirigidas

a la atención del alumnado hospitalizado y convaleciente, declarando que los recursos de apoyo para este alumnado serán las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias y los Programas de Atención Educativa Domiciliaria.

La Resolución de 3 de julio de 1998, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Convenio suscrito entre el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la atención educativa a los niños hospitalizados, destacando la necesidades de promover, desde las Administraciones Públicas, políticas compensatorias destinadas a resolver las dificultades de escolarización de estos niños.

La Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación, BOE del 4, dedica el Capítulo II del Título II a la compensación de las desigualdades en educación y establece en su artículo 80. 1 que “con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, las Administraciones públicas desarrollarán acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentran en situaciones desfavorables y proveerán los recursos económicos y los apoyos precisos para ello”. Igualmente, en el apartado 2: “las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole”.

#### Normativa Autonómica

A partir de la asunción de las competencias en materia educativa por las diferentes Comunidades Autónomas éstas han continuado con la labor legislativa iniciada por el Ministerio de Educación regulando el funcionamiento y atención tanto de las Aulas Hospitalarias como la Atención Domiciliaria. Aportamos un breve recorrido por diferentes comunidades autónomas, unas más y otras en menos medidas han regulado esta atención educativa al niño enfermo.

#### Andalucía:

La Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación. La Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía en el Capítulo VII, Artículo 21, referido a la Escolarización de la población escolar que por razones de enfermedad no puede asistir al Centro educativo, establece que: 1. Se garantizará la continuidad del proceso educativo del alumnado de enseñanza obligatoria que por razones de

enfermedad no pueda asistir a su centro docente. 2. Los alumnos hospitalizados seguirán el proceso de enseñanza aprendizaje dentro del propio hospital, en las aulas hospitalarias.

#### El Artículo 22. Actuaciones de compensación.

1. La Consejería de Educación y Ciencia establecerá las medidas y los procedimientos que aseguren la adecuada relación entre la aulas hospitalarias y específicas y los Centros docentes a que se adscriban. 2. En la atención educativa y asistencial de este alumnado se favorecerá la participación y colaboración social.

Plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía (2003-2006),

2. Política de Educación. En lo que respecta a la atención de los alumnos hospitalizados establece unos indicadores físicos, refiriéndose a las aulas hospitalarias, dotadas de un contenido en el que será fundamental la labor de los profesores tanto en su faceta como garantizadores de la continuidad del proceso educativo como de la relación con los centros de referencia de los alumnos.

Decreto 167/2003, de 17 de junio, por el que se establece la ordenación de la atención educativa los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas.

En el Capítulo VI, artículos 34 y 35, se hace referencia de forma expresa a los alumnos que por razones de enfermedad no puede asistir al centro escolar y la actividad de las aulas hospitalarias.

#### Aragón

Orden de 25 de junio de 2001, del Departamento de Educación y Ciencia, por la que se establecen medidas de Intervención Educativa para los alumnos con necesidades educativas especiales que se encuentren en situaciones personales sociales o culturales desfavorecidas o que manifiesten dificultades graves de adaptación escolar. En su artículo 10 se recogen las actuaciones dirigidas a los alumnos hospitalizados, así como los que están convalecientes en sus domicilios. Se concede un gran valor a la utilización de las nuevas tecnologías.

#### Cantabria

Instrucciones de la Dirección General de formación profesional, ordenación y promoción educativa para la organización, desarrollo y seguimiento de las actuaciones de compensación educativa para el alumnado con dificultades de escolarización debidas a problemas de salud en la comunidad autónoma de Cantabria, para el curso 2004/2005.

#### Castilla La Mancha

Resolución de 25 de julio de 2001, de la Dirección General de Coordinación y Política Educativa, por la que se organizan las actuaciones de compensación educativa.

Orden de 08/07/2002, de la Consejería de Educación y Cultura por la que se regula con carácter experimental la estructura, funcionamiento y modelo de intervención de los Equipos de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria (EAEHD).

Decreto 138/2002 , de 08/10/2002, por el que se ordena la respuesta educativa a la diversidad del alumnado de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

#### Castilla León

Orden EDU/1492/2004, de 27 de septiembre, por la que se aprueba el Plan de Actuación de las Áreas de Inspección Educativa y Programas Educativos de las Direcciones Provinciales de Educación para el trienio 2004-2007.

Resolución de 6 de octubre de 2004, de la Dirección General de Coordinación, Inspección y Programas Educativos, por la que se establecen las directrices para la elaboración de los planes anuales de actividades de las Áreas de Inspección Educativa y de las Áreas de Programas Educativos de las Direcciones Provinciales de Educación para el curso académico 2004/2005. 2004/2005 (BOE 26/10/04).

#### Galicia

Orden del 27 de diciembre de 2002, en la que se establecen las condiciones y criterios para la escolarización en los centros sostenidos con fondos públicos del alumnado con necesidades educativas especiales, la atención educativa hospitalaria y domiciliaria.

#### La Rioja

Plan Estratégico para la Sociedad del Conocimiento en La Rioja. Presenta en el punto 7.1.3.2, una iniciativa para fomentar la educación y formación a distancia a través de las TIC, beneficiándose de ello la "atención educativa compensatoria del alumnado hospitalizado, en la que los medios tecnológicos se utilizan para favorecer el desarrollo afectivo y social de la personalidad e impulsar la expresión y comunicación, tan necesaria en los escolares que deben permanecer atendidos en centros hospitalarios".

#### Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid, desde que asumió las competencias en materia educativa ha legislado en amplitud sobre este tema.

El Acuerdo para la Mejora de la Calidad del Sistema Educativo de la Comunidad de Madrid suscrito en enero del año 1999 tiene como objetivo, así lo exponen en el punto 2, la igualdad de oportunidades. En concreto en el punto 2.6, referido a las actuaciones dirigidas al alumnado enfermo y convaleciente dice:

Que se extenderán los Centros Educativo Terapéuticos destinados a la atención del alumnado con trastornos psiquiátricos. Que se reforzarán las actuaciones en las aulas hospitalarias y se adecuará la atención domiciliaria al alumnado en función de sus necesidades

Orden 2316/1999, de 15 de octubre, de la Consejería de Educación, por la que se regula el funcionamiento de las actuaciones de compensación educativa (BOCM de 25 de octubre), establece el marco y organización de las Unidades Escolares en Instituciones Hospitalarias que funcionan en la Comunidad de Madrid.

Orden 992/2002, de 11 de diciembre, de las Consejerías de Educación y Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que se establece la colaboración entre ambas Consejerías, para la atención educativa de la población hospitalizada en edad de escolaridad obligatoria.

En ella se hace un somero repaso a la normativa sobre las aulas anteriores a la publicación de esta Orden desde el Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero ("Boletín Oficial del Estado" de 12 de marzo), de Ordenación de las Acciones Dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación, hasta la Orden del 15 de octubre de 1999.

Resolución de 11 de junio de 2001, por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada.

Instrucciones de la Dirección General de Infantil y Primaria de 10 de diciembre de 2010 regula el para el funcionamiento de las unidades escolares de apoyo en instituciones hospitalarias.

#### Murcia

Resolución de 6 de septiembre de 2002, de la Dirección General de Formación Profesional, Innovación y Atención a la Diversidad por la que se dictan instrucciones sobre compensación educativa dirigidas a los centros educativos de la Región de Murcia para el curso 2002/2003. (BORM 8 Noviembre 2002.

#### Valencia

Orden de 4 de julio de 2001, de la Consejería de Cultura y Educación de Valencia, por la que se regula la atención al alumnado con necesidades de compensación educativa.

### 3.2.- ACERCA DEL CONCEPTO DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA (PH)

La educación se presenta como una herramienta de la que se puede servir toda persona que ha visto desmoronarse su esquema vital para adquirir, mediante el uso de su fuerza de voluntad, sus capacidades y de su inteligencia, todas las actitudes, los conocimientos, los valores, los hábitos, todas las disposiciones que contribuyan a su autodeterminación, y por tanto a su libertad, a pesar del obstáculo de la enfermedad.

La educación que a través de la pedagogía hospitalaria se imparte, en modo alguno puede identificarse con la *mera instrucción*, entendida como transmisión de conocimientos y adquisición de conocimientos curriculares formalizados. Por supuesto se ocupa también de los contenidos de la educación que todo niño debe aprender, pero no sólo de eso. La pedagogía hospitalaria está orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada *por el* ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo. Por tanto, la pedagogía hospitalario tiene

mucho que ver con la salud y con la vida, sin renunciar a los contenidos específicos de la enseñanza escolar, pero va más allá de ésta.

Desde esta perspectiva nos aparece la pedagogía hospitalaria como una pedagogía del presente que, se centra en la situación del niño hospitalizado. Se revela así, como la más actual de las pedagogías. Lizosaín (1990 ).

Es una pedagogía de la actualidad inmediata, de lo que importa aquí y ahora para la vida del niño enfermo. Se ofrece como una pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, mudando su sufrimiento en aprendizaje.

Podemos establecemos las siguientes definiciones de pedagogía hospitalaria:

Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece.

Según Polaino y Simancas (1990 ) la pedagogía hospitalaria es una de las ramas jóvenes de la pedagogía social que intenta responder a un fenómeno objetivo de la realidad de nuestro tiempo; es un intento de continuar con el proceso educativo de aquellas personas que están enfermas o convalecientes, de los familiares del mismo, y de todas aquellas personas que interfieran en la vida del paciente. La Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía vitalizada, es una pedagogía de la vida y para la vida. González - Simancas y Polaino - Lorente, (1990)

Para Lizasoain ( 1990) es la rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece

Para Ortiz, C. (2002) La pedagogía hospitalaria podría definirse como la



atención educativa que requieren los niños con problemas de salud en edad escolar , los alumnos que tienen necesidades educativas especiales debidas a una situación anómala que es la enfermedad, aparte de las múltiples implicaciones que trascienden al ámbito personal y escolar para abarcar también el familiar y el social

Por todo esto, entendemos que la pedagogía hospitalaria es el sustento teórico que nutre y da soporte a las actuaciones educativas en los hospitales, elaborando así un determinado modelo sobre cómo intervenir que sea, según Ochoa Linacero y Lizasoáin Rumeu (2003), una acción anticipadora y preventiva que ayude a los niños a adaptarse a esta situación de hospitalización, anticipándose a los efectos negativos de la misma; una actividad favorecedora de la diversidad adecuándonos a las características individuales de cada uno; una intervención compensatoria y/o complementaria para responder a las dificultades particulares de cada alumno y una actividad fundamentalmente lúdico-recreativa, para combatir el aburrimiento y el aburrimiento provocados por la hospitalización. Además el juego se convierte en un elemento básico a través del cual los niños expresan sus sentimientos y sensaciones.

---

### 3.3.- EVOLUCIÓN DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.

---

---

#### 3.3.1. Antecedentes históricos en la colaboración medico - psico - pedagógica

---

La colaboración médico-pedagógico, surge a través de los esfuerzos aislados de personas en pro de ayuda a personas con discapacidad intelectual, guiados por la intencionalidad y buena voluntad, más que por formas organizadas de trabajo.

En España, a partir del siglo XV, por medio de los trabajos de Gilabert Jofre, se inicia la atención a los deficientes psíquicos. Pero es en el siglo XVI, es cuando comienzan las experiencias de tipo pedagógico y educativo, a través de los trabajos de Pedro Ponce de León con los primeros ensayos para la educación de personas sordomudas por medio de señas; más tarde en el siglo XVII, Pablo Bonet trabaja en Madrid para enseñar a hablar a los mudos. ( Scheerenberger, 1984)

En el siglo XVIII, el Francés Pereira, promueve la educación sensorial, motivado tal vez, por su matrimonio con una mujer sorda, crea un alfabeto de signos para

comunicarse con ella; asimismo estudia la disposición de los órganos bucales y logra que los sordos perciban la palabra por el tacto. ( Scheerenberger, 1984)

A partir de lo anterior, nace la educación sensorial al reemplazar la emisión oral de la palabra por el tacto. El Emilio de Rousseau, retoma la idea de sustituir la vista por el tacto, en la educación de personas ciegas. Mas tarde Valentín Haüy aporta la iniciativa de poner en relieve las letras en los escritos durante el mismo siglo.

En el siglo XIX en Francia aparece la atención de los deficientes mentales diferenciándolos de los enfermos mentales. Por primera vez el psiquiatra Pinel en su obra de 1801 establece dos grupos claramente diferenciados, los dementes y los idiotas, aunque ninguno de los dos fuera susceptible e educación. No obstante, los avances en la comprensión del retraso mental y la identificación de formas clínicas asociadas llevan al psiquiatra Esquirol a mejorar las condiciones de los deficientes mentales.

Por primera vez aparece la posibilidad de enriquecer el tratamiento médico con un tratamiento educativo. Itard, médico del Instituto de Sordomudos de París, confía en las posibilidades educativas del salvaje Víctor de Aveyron. Su influencia es decisiva en los trabajos posteriores de colaboración medicopedagógica. ( Scheerenberger, 1984)

Es a partir del siglo XIX cuando surge una de las grandes reformas de la pedagogía Pestalozzi emprendió una cruzada educativa a favor de las personas en desventaja, en su mayoría deficientes mentales. En Alemania Froebel ponía en marcha el modelo de educación activa, y en Francia, Louis Baille ensayaba sus puntos en relieve. ( Scheerenberger, 1984)

Es a finales del siglo XIX, cuando se funda, por medio de Bourneville, el primer Centro Médico-Pedagógico, exclusivo para deficientes mentales.

El tratamiento medico-pedagógico, tuvo su origen en los asilos-hospitales, y es a partir de éstos cuando se crean los asilos-escuelas por obra de Sanctis. En este tipo de centros, los niños recibían atención médica, nutrición, educación física y ayudas complementarias. Itard influyó al pedagogo Seguin, quien estudió medicina y reformó las instituciones para retrasados, estableció la primera consulta medicopedagógica con el psiquiatra Esquirol y elaboró el método fisiológico con pautas para el diagnóstico y el tratamiento. ( Scheerenberger, 1984)

Bourneville, médico y pedagogo, asumiendo la obra de Seguin convirtió el Bicêtre en el primer Instituto pedicopedagógico, en el que se daba tanta importancia a la educación médica como a la educativa.

Con De Sanctus empezaron a surgir los asilos – escuelas, donde los niños podían recibir cura médica, nutrición, educación física y todo tipo de ayuda intentando llevar a cabo un tratamiento multiprofesional. ( Scheerenberger, 1984)

En el 1802 se crea el primer hospital infantil en Francia y en el año 1876 se crea el hospital del “Niño Jesús” en España.

Durante el siglo XX, la colaboración medico-pedagógica, alcanza su máximo nivel con las aportaciones de Montessori, Decroly y Descoedres, quienes establecen pautas de diagnóstico y tratamiento, asentando así las bases de una atención médica, psicológica, educativa y social para la infancia en situación de riesgo.

Ovidio Decroly entró en contacto con los deficientes mentales a través de las prácticas en el hospital y entendió que su tratamiento no podía llevarse a cabo a través de la medicina sino por vía educativa. En 1901 crea en Bruselas una escuela especial para retrasados y anormales. Estudió los retrasados escolares y estableció con pruebas diagnósticas una clasificación de los niños anormales y se dedicó a crear un método de enseñanza globalizada. En la misma línea trabajó Alicia Descoedres para la educación en el medio natural: familia y comunidad. Los dos autores basan sus principios psicopedagógicos en la estimulación corporal, el adiestramiento sensorial, el aprendizaje globalizado, la individualización de la enseñanza y el uso de juego en el libre ejercicio. ( Scherenberger, 1984)

En 1904, en colaboración con el neurólogo Francois Naville, Claparede inicia la primera consulta médico-pedagógica destinada a establecer los criterios de selección para conformar las clases especiales; durante este tiempo se visualiza por primera vez la posibilidad de enriquecer la posibilidad de ampliar al tratamiento medico con un tratamiento educativo

En el año 1905 se publica la primera escala para la evaluación de la inteligencia en Francia. A Binet se le encargó elaborar un instrumento para diferenciar a los niños que eran susceptibles de recibir educación y los que no. Así surgen los tests Binet – Simon y la revisión de Stanford.

El movimiento medicopedagógico del siglo XIX tiene su significado por su dedicación a la primera infancia anormal y por la elaboración de teorías y metodologías difíciles de superar. Así las aportaciones precedentes se exponen en la colaboración medicopedagógica de la primera mitad del siglo XX. María Montessori, médico de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Roma, entra en contacto con los niños deficientes de forma accidental, a través de las visitas realizadas a instituciones, asilos y manicomios donde eran atendidos y en las que percibe que su recuperación no se encontraría por la vía médica sino educativa y organizó la escuela ortofrénica para su curación.

Kanner, (1943) director del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital John Hopkins de los Estados Unidos, estudió 39 casos de niños que parecían retrasados mentales y llegó a la conclusión de que existía una nueva categoría de enfermedad mental, informando así en el 1943 sobre el Autismo.

Aquí hace su aparición una nueva ciencia, auxiliar de la Medicina, de la Pedagogía, de las Ciencias Sociales y de la Psicología que se denomina Pedagogía Terapéutica, que busca lograr el equilibrio emocional y la adaptación social de los niños de alto riesgo.

El término de la Pedagogía Terapéutica evoca los términos de la pedagogía correctiva, ortopedagogía, reeducación readaptación, pedagogía curativa, educación de niños excepcionales, educación especial; pedagogía, en suma de la participación, la adaptación, la individualización, la intuición. Ortiz,(1991).

El campo de acción de esta nueva ciencia serán los niños y jóvenes que se apartan de la normalidad debido a sus deficiencias, inadaptaciones, dificultades psíquicas, los retardos, las perturbaciones de cualquier clase de desarrollo biológico o psicosocial.

Las áreas de intervención de la Pedagogía Terapéutica, son la autonomía, la comunicación, la socialización y la ocupación, cuyo objetivo será el de promover el desarrollo global de la personalidad; estas áreas de intervención son aplicables tanto para los problemas de salud como para la discapacidad.

La educación en el marco de la Pedagogía Terapéutica, estará determinada por la adquisición de habilidades motoras, máxima orientación espacial, hábito y gusto por el trabajo para una futura adaptación al mundo laboral. Por lo tanto la acción del pedagogo terapeuta estará marcada por el trabajo interdisciplinario con el equipo médico-

psicopedagógico, la asistencia social, la familia, reeducadores especializados y expertos en empleos.

Los planteamientos hechos por la Pedagogía Terapéutica en relación a los trastornos asociados a la deficiencia coinciden con los planteamientos hechos por la Pedagogía Hospitalaria referida a los trastornos asociados a la enfermedad. Ambas buscan contemplar las repercusiones personales y sociales de largo alcance, que no pueden ser abordados desde la Pedagogía o la Medicina de forma aislada, sino que van mas allá de un problema de aprendizaje o de un problema de salud.

La Pedagogía Terapéutica en España está ligada a la creación, por el Real Decreto del 13 de septiembre de 1924, del Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica, cuyos objetivos eran: la educación de los niños que ingresaban en él y la formación de profesionales especializados.

A partir de 1978, a través del plan Nacional de Educación Especial, del que emanó la Circular del año 1981 sobre la necesidad de contar con los equipos de apoyo a las aulas del hospital, y la Ley de Integración Social para minusválidos de 1982 que contempla la ampliación de la atención educativa al niño hospitalizado, se institucionaliza la Pedagogía Hospitalaria, bajo los principios de que la respuesta educativa a los niños con necesidades educativas especiales ocasionadas por una enfermedad puede darse desde el aula hospitalaria, la escuela ordinaria, o la educación a distancia. Todo ello en función de las características de la problemática personal del niño y siempre de manera interdisciplinaria (Ortiz, 2001).

Así, en la primera mitad del siglo XX se establecen las bases de una atención médica, psicológica, educativa y social a la infancia en situaciones de riesgo, a los niños excepcionales. Aparece así una nueva ciencia la Pedagogía Terapéutica que propone ayudar en su desarrollo a los niños en situaciones excepcionales, tratando de buscar su equilibrio emocional y su adaptación social. El objetivo de la Pedagogía Terapéutica es la formación de la personalidad junto a la integración social, la compensación del déficit o de la enfermedad y de propiciar el desarrollo de las potencialidades subyacentes. Las áreas de intervención en Pedagogía Terapéutica se dirigen al logro de la autonomía personal, la socialización, la comunicación y la ocupación para favorecer el desarrollo global de toda la personalidad.

La Pedagogía Hospitalaria asume las aportaciones de la Pedagogía Terapéutica ya que se basan en planteamientos similares. La Pedagogía Terapéutica se refiere a los trastornos asociados a la deficiencia y la Pedagogía Hospitalaria se refiere a los trastornos asociados a la enfermedad (Grau, Ortiz, 2001).

---

### 3.3.2. Una aproximación a la pedagogía hospitalaria actual

---

El niño hospitalizado puede sufrir diversas alteraciones no sólo debidas a su enfermedad sino también por la separación de sus padres y la deprivación socioescolar que experimenta. La intervención educativa trata de contribuir a la estabilidad emocional del niño, a su felicidad y a su pronta recuperación.

Aunque parece que principalmente se enfatiza la enseñanza escolar, no se trata sólo de impartir una serie de asignaturas y de conocimientos al niño hospitalizado. Lo que tiene importancia es proporcionar a los pacientes infantiles oportunidades de desarrollo personal e intelectual. Los profesionales en este ámbito tienen la labor de acomodar los planes y programas educativos según las capacidades de los niños y las condiciones especiales en las que se encuentran.

En la pedagogía hospitalaria el contexto tiene una función nuclear, ya que es un ámbito propio y tiene una significación especial completamente diferente de cualquier otro contexto pedagógico.

La pedagogía hospitalaria es pedagogía porque constituye el conjunto de medios puestos en acción para servir la función educativa y es hospitalaria ya que se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario o en ámbitos relacionados con él, consultas, centros educativos terapéuticos-hospitales de día, atención domiciliaria.

Así pues se podría definir la pedagogía hospitalaria como: el sector de la pedagogía que se encarga de la educación de la persona enferma y hospitalizada y de su entorno familiar, con el objetivo de responder a las necesidades psicológicas, educativas y sociales que surgen de la situación de enfermedad y de la hospitalización.

---

### 3.3.3. Objetivos e intencionalidad de la Pedagogía hospitalaria.

---

La educación que ofrece la Pedagogía Hospitalaria es aquella que pretende continuar con lo propio de las personas, esto es, con la educación que fomenta valores, actitudes, hábitos, disposiciones, conocimientos,... que permiten el manejo, de forma prudente y responsable, de las experiencias que advienen. Es una educación que orienta en la adquisición de las potencialidades y capacidades desde la enfermedad que se padece y teniendo en cuenta las limitaciones que esta genera.

Volvemos pues al hecho de que sin un buen control médico que vigile y controle los efectos de la enfermedad, poco se puede conseguir de la persona. Y la persona no entendida como un puro organismo susceptible de cualquier tipo de adversidad, sino como alguien que puede ser dueño de su vida en cualquier circunstancia que se le presente si dispone de los recursos suficientes para controlar la situación.

Se tiene que contar con la realidad de las circunstancias, ser objetivos y fomentar todo aquello de lo que todavía puede disponer el paciente: la fuerza de voluntad y la inteligencia (potencialidades más específicamente humanas). Como muy bien dice Simonton (1993): "sólo son las limitaciones internas de las personas las que impiden que lleguen a ser cualquier cosa que deseen ser".

La educación se presenta aquí como una herramienta de la que se puede servir toda persona que ha visto desmoronarse su esquema vital para adquirir, mediante el uso de su fuerza de voluntad y de su inteligencia, todas las actitudes, los conocimientos, los valores, los hábitos, todas las disposiciones que contribuyan a su autodeterminación, y por tanto a su libertad, a pesar de la adversidad. "Es esta libertad espiritual, que no se nos puede arrebatar, lo que hace que la vida tenga sentido y propósito". (Frankl, 1991).

Los objetivos de la pedagogía hospitalaria se refieren al:

- a) desarrollo de los aspectos cognitivos e intelectuales
- b) desarrollo afectivo
- c) desarrollo social.

El objetivo prioritario de la pedagogía hospitalaria es minimizar, en lo posible, las dificultades en el desarrollo psicológico, pedagógico, biológico y social que puedan sufrir todos aquellos niños que tengan problemas de salud, procurando establecer todos

los apoyos útiles y necesarios para evitar los problemas añadidos a la enfermedad que padecen como ansiedad, inseguridad, retrasos escolares, etc.

Según Guillén Mejía, (2002) el objetivo general es proporcionar una atención educativa-formativa y humana de los niños ingresados en el centro hospitalario”

Los objetivos más específicos de la pedagogía hospitalaria son, entre otros, los siguientes:

a) desarrollo de los aspectos cognitivos e intelectuales

- Proporcionar atención educativa
- Asegurar la continuidad del proceso E/A.
- Favorecer la ocupación constructiva del tiempo con actividades estructuradas.
- Motivar para que establezcan relaciones positivas con el medio desconocido en que se encuentran.
- Continuar el curriculum con carácter general, realizando, en cada caso, las oportunas adaptaciones curriculares.
- Facilitar la integración del niño en su nivel de escolarización, al finalizar su periodo de hospitalización.
- Paliar el retraso escolar por la ausencia del centro.
- Elaborar programas flexibles e individualizados, con los intereses, expectativas y nivel de competencia curricular como punto de partida.
- Mantener la inquietud por aprender y ejercitar el hábito del trabajo.
- Dar un carácter positivo y un contenido formativo al tiempo libre y de ocio.
- Favorecer la ocupación constructiva del tiempo con actividades estructuradas.
- Organizar actividades terapéuticas y específicas en casos concretos.

b) desarrollo afectivo

- Organizar actividades terapéuticas y específicas en casos concretos. vitar procesos de angustia y aislamiento.



- Posibilitar la incorporación a la vida escolar normal.
- Conseguir que el niño sea capaz de valorar y situar las dimensiones reales de su enfermedad.
- Proporcionar apoyo emocional al niño y paliar sus déficits afectivos
- Disminuir la ansiedad y los efectos negativos surgidos como consecuencia de la hospitalización y la enfermedad.

c) desarrollo social.

- Favorecer la integración socioafectiva de los niños/as
- Fomentar la utilización formativa del tiempo libre en el hospital
- Programar actividades de ocio de carácter recreativo y educativo coordinados con otros profesionales y asociaciones
- Diseñar y desarrollar actividades de carácter formal e informal.
- Estimular la participación de otras entidades
- Establecer las medidas necesarias para que el niño se aleje lo menos posible, del contacto con compañeros, tutor...
- Cultivar las relaciones sociales
- Orientar el paciente
- Orientar a las familias
- Contribuir a la normalización de la vida del niño enfermo hospitalizado

La pedagogía hospitalaria se centra principalmente en prevenir y evitar la marginación de los niños de edad escolar ingresados en el hospital en relación con el proceso educativo (Lizasoáin, 2000).

La finalidad de la Pedagogía Hospitalaria será el desarrollo integral de la persona. Su objetivo fundamental se centra en conseguir que los niños no pierdan el ritmo escolar, pero procurando a su vez los siguientes objetivos. González, E. y González, C. (2004)

- Proporcionar apoyo emocional al menor
- Normalizar su vida
- Disminuir la ansiedad

- Mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización
- Mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado
- Fomentar la actividad, procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre
- Cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales
- Evitar la pérdida del hábito intelectual
- Atender a la formación del carácter y voluntad del niño, en el sentido de apelar a su esfuerzo y animarle al trabajo, proporcionando autoconfianza y seguridad al menor
- Favorecer su readaptación, una vez abandone el hospital

---

#### 3.3.4. Modelos en los que se basa la pedagogía hospitalaria

---

La pedagogía hospitalaria se basa en dos modelos: el tecnológico y el humanista.

- a) El modelo tecnológico: su meta es la eficacia y el logro de resultados observables, controlables y cuantificables en el proceso educativo. Su influencia es la psicología como ciencia de la educación.
- b) El modelo humanista: su meta es el desarrollo global de la persona. Lo que interesa son las operaciones intelectuales y afectivas que presenta la persona. Su influencia es la filosofía.

La pedagogía hospitalaria se apoya en los dos modelos ya que le interesa la persona entera pero también parte de la psicología para la modificación de la conducta y la terapia. Lizasoáin, (2000).

---

#### 3.4. JUSTIFICACIÓN DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA ACTUAL

---

Podemos justificar la pedagogía hospitalaria con estas palabras "el que no entienda que una persona ingresada en un hospital tiene unas necesidades de atención que van más allá de lo médico-físico; que un niño en el hospital tiene que seguir con las actividades que le son propias como estudiar, jugar, hablar, reírse, estar con otros niños; el que no entienda que esos padres, con un hijo enfermo crónico, tienen necesidad de

orientación,..., sencillamente tiene una concepción errónea o parcial de lo que es la vida” Lizasoáin,( 2000).

La finalidad de la pedagogía hospitalaria es el desarrollo global de la persona, persiguiendo el máximo desarrollo de todas sus capacidades.

---

#### 3.4.1. Contexto educativo en el hospital

---

Las diferentes situaciones de riesgo físico y psicológico y añadidas a las carencias generadas por la pérdida de salud del paciente obligan a los profesionales a prestar una atención globalizada al niño, la cual va a incluir no solamente la asistencia médica sino también la atención educativa y la orientación familiar.

En relación a la atención educativa, Garanto (1995) afirma que las tareas educativas especiales podrían ser definidas como las ayudas especializadas que se presta a sujetos en situaciones de hospitalización y con finalidades concretas, tanto en relación con la familia como con la escuela. Grau Ortiz, (2001). Por ello es necesario estudiar ambos contextos: el contexto familiar y el contexto escolar

##### Contexto familiar

La importancia de la familia en el desarrollo de la enfermedad y la recuperación de la salud del niño hospitalizado es de gran importancia.

Las variables que facilitan de manera preferente la hospitalización son:

- La permanencia de algún miembro de la familia como acompañante del niño durante su ingreso.
- La actitud de apoyo por parte de los familiares para animar el niño.
- La buena relación entre los profesionales del hospital y la familia del niño.
- La orientación y el apoyo de los padres por parte del personal del hospital como médicos, pedagogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc..

De gran importancia es que la *información fluya* entre profesionales y familiares del niño, siempre teniendo en cuenta el mejor modo de atención al niño. Es fundamental el intercambio de opiniones y la participación, en la medida de lo posible, del enfermo en la *toma de decisiones*.

### Contexto escolar

La acción educativa en los hospitales es una labor diferente de la sanitaria. Es necesaria la colaboración entre los profesionales del hospital, la familia y la escuela para facilitar el intercambio de información y de decisiones. La acción educativa dentro del contexto hospitalario se lleva a cabo en las aulas hospitalarias o en las habitaciones de los niños pero también en el domicilio del niño enfermo. Otra de las concreciones de la pedagogía hospitalaria.

---

#### 3.4.2. Formación de profesionales de pedagogía hospitalaria

---

El pedagogo hospitalario constituye un modo especial de entender la pedagogía. La educación que se imparte, se ocupa del currículum, pero en ocasiones no son los contenidos curriculares lo más importante, la importancia está en el sujeto, en una visión integral como ser bio-psico-social y en sus condiciones presentes, por lo que los profesionales que trabajan en hospitales han de ser personas imaginativas, creativas, con sentido del humor, que cuiden el difícil arte de la improvisación creativa, de la exigencia, de la discreción y la prudencia.

El profesional de la pedagogía hospitalaria debe realizar una doble función. Por una parte, la de educar al niño hospitalizado en función de cuál sea su enfermedad y el estado psicobiológico en que se encuentra en cada momento: y por otra parte, la de colaborar con el personal sanitario, siendo conscientes de que la curación es la meta prioritaria a la que se ha de subordinar cualquier otro aprendizaje. Gonzalez Simancas y Polaino, (1990).

Los profesionales de pedagogía hospitalaria han de ser personas imaginativas, que cuiden el difícil arte de la improvisación creativa, de la exigencia. El profesional de la pedagogía hospitalaria debe realizar una doble fijación. Por una parte, la de educar al niño hospitalizado en función de cuál sea su enfermedad y el estado psicobiológico en que se encuentra: y por otra parte, la de colaborar con el personal sanitario, siendo conscientes de que la curación es la meta prioritaria a la que se ha de subordinar cualquier otro aprendizaje. Gonzalez Simancas y Polaino, (1990). Por tanto, la pedagogía hospitalaria está más allá de la medicina y más allá *de* las ciencias de la educación, allí donde la reclaman la dignidad y la solidaridad con el niño enfermo hospitalizado.

Un profesional de la educación debe tener en cuenta una serie de valores éticos a la hora de llevar a cabo su labor, pues estamos tratando directamente con personas. En nuestro caso trabajamos con niños y jóvenes que sufren una enfermedad, que en algunos casos estigmatizada a nivel social, por tanto debemos tener en cuenta que nos encontramos delante de unas circunstancias especiales, siendo conscientes de una serie de directrices éticas.

- Respeto a la persona.
- Protección de los derechos individuales.
- Respeto a su propia intimidad.
- No diferenciar actitudes en función del sexo.
- Evitar que se difundan los datos médicos.
- Respetar las normas del hospital y del trabajo del personal sanitario.

Actualmente no existe ninguna titulación o especialización para el acceso a las aulas hospitalarias, de los hospitales españoles. En alguna facultades de educación de nuestro país , se imparte una asignatura optativa que hace referencia en su denominación a la Pedagogía Hospitalaria en cuyos programas se forma a los alumnos que la cursan, en las peculiaridades luces y sombras de este trabajo en un contexto no educativo excepto de las que se derivan de la legislación para el acceso a puestos de trabajo

---

#### 3.4.3. Tipos de apoyo educativo en P.H.

---

La concreción de la Pedagogía Hospitalaria para proporcionar apoyo educativo al niño enfermo se realiza a través de las siguientes vías:

1. Aulas Hospitalarias: atención educativa al niño cuando está hospitalizado.
2. Servicio de Apoyo Domiciliario: apoyo educativo al niño cuando permanece en su domicilio a causa de su enfermedad y no puede asistir de forma normalizada a su centro escolar por un tiempo.
3. Centros Educativo-Terapéuticos- Hospitales de Día: Los Centros

Educativo Terapéuticos- Hospitales de Día, se constituyen como un recurso de intervención coordinada de profesionales procedentes de diferentes sectores, educativos y sanitarios, para proporcionar una atención integral al alumnado que manifiesta trastornos psíquicos que se inician en la infancia y en la adolescencia recogidos y definidos en las clasificaciones nosológicas DMS-IV-TR y CIE 10.

4. Unidades de Hospitalización Breve: Refuerzo educativo al alumno con patología psiquiátrica dentro de un centro hospitalario con hospitalización. Son recursos terapéuticos hospitalarios, en régimen de internamiento total, para aquellos niños de entre 6 y 11 años de edad, y adolescentes entre 12 y 17 años, cuya patología psiquiátrica ha sufrido una crisis lo suficientemente grave y perturbadora como para requerir tratamiento intensivo de esta índole.

---

### 3.5.- AULAS HOSPITALARIAS

---

La Pedagogía Hospitalaria se materializa en las Aulas Hospitalarias. Reciben el nombre de Aulas Hospitalarias las unidades escolares creadas dentro de un hospital, cuyo objetivo principal es la atención escolar de los niños hospitalizados, atendiendo con ello a uno de los principales derechos recogidos en diferente normativa tanto social como educativa.

Hace ya bastantes años que llevan funcionando en los hospitales de España, cumpliendo con la normativa estatal y autonómica contando ya con bases teóricas, tanto internacionales como nacionales, que fundamentan las acciones que se llevan a cabo en ellas.

---

#### 3.5.1. CONCEPTO DE AULA HOSPITALARIA

---

Las **Aulas Hospitalarias** surgen ante la necesidad de resolver los problemas de escolaridad de los niños que se encontraban ingresados durante un periodo de tiempo, más o menos largo, y que por ello no podían asistir al colegio Guillén, M. y Mejía, A., (2002).

La LISMI, ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos define las **aulas hospitalarias** en su artículo 29 como: “(...) secciones pedagógicas para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales”. A partir de esta publicación se recoge legalmente este derecho, y se asume la responsabilidad por parte del Estado y de las Comunidades Autónomas en sus respectivas competencias.

A ello, podemos añadir las aportaciones del CNICE que define las Aulas Hospitalarias como: “las unidades escolares surgidas dentro del hospital, cuyo objetivo principal es la atención escolar de los niños hospitalizados (...), en estas aulas son atendidos niños que durante un período de tiempo, más o menos largo, padecen diversos trastornos físicos, enfermedades, roturas, operaciones, etc., por lo que deben ser ingresados en un hospital. De esta forma, pueden continuar con el proceso educativo con total normalidad, dentro de la anormalidad que supone para el niño estar fuera de su ambiente familiar, escolar y social”.

Podemos situar el origen de las primeras escuelas dentro de Hospitales en España, alrededor de los años cincuenta, en centros vinculados a la orden hospitalaria de San Juan de Dios.

El número de aulas se ampliaría en 1965, ante la epidemia de poliomielitis que sufría la población infantil española, planteándose la necesidad de ayudar a estos niños no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el escolar y educativo.

---

### 3.5.2. -OBJETIVOS DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

La finalidad principal que persiguen las Aulas Hospitalarias es el mejorar la calidad de vida de los menores hospitalizados, fomentando un ambiente educativo que favorezca el desarrollo de sus capacidades a través de: actividades lúdicas que consigan un ambiente agradable, de relación social, alegre y lo más normalizado posible, así como actividades educativas, que propicien la continuidad del proceso educativo y del aprendizaje de cada menor. Bodas, E. (2003).

El objetivo prioritario de la Pedagogía Hospitalaria es minimizar en lo posible, las dificultades en el desarrollo psicológico, pedagógico, biológico y social, que pueden sufrir todos aquellos niños o adolescentes que tengan problemas de salud, procurando

establecer todos los apoyos útiles y necesarios para evitar los problemas añadidos a la enfermedad que padecen.

El objetivo general es proporcionar una atención educativa-formativa y humana de los niños ingresados en el centro hospitalario” (Guillen , Mejía, 2002)

Los objetivos específicos propuestos por el MEC para el programa de Aulas Hospitalarias propone:

- ❖ Continuar el curriculum establecido con carácter general, en el nivel correspondiente y con las oportunas adaptaciones curriculares
- ❖ Facilitar la integración del niño en sus nivel de escolarización
- ❖ al finalizar su escolarización.
- ❖ Paliar el retraso escolar con las actividades escolares
- ❖ Conseguir a través de las distintas áreas curriculares que sea capaz de valorar la dimensión real de su enfermedad, evitando así la angustia y el aislamiento
- ❖ Procurar dar un carácter positivo y formativo a los tiempos libres y de ocio en el hospital ( carácter educativo)
- ❖ Diseñar actividades de carácter formal e informal para mejorar los aspectos psicoafectivos
- ❖ Estimular la participación de otras entidades o grupos para atender a los niños hospitalizados.

Los Objetivos pedagógicos

- ❖ Elaborar programas flexibles partiendo de las necesidades e intereses y nivel curricular de cada niño.
- ❖ Establecer las medidas necesarias para que el alumno no pierda el contacto con sus profesores y compañeros.
- ❖ Mantener los hábitos de trabajo y la inquietud por aprender.
- ❖ Ocupar el tiempo libre con actividades estructuradas.
- ❖ Motivarles para que establezcan relaciones adecuadas en el medio hostil en el que se encuentran.
- ❖ Organizar actividades adecuadas y específicas para cada caso concreto.



Las Aulas Hospitalarias deben ser lugares preparados para un alumnado diverso en número, en niveles educativos y en posibilidades de aprendizaje específicos. Por ello, ha de dedicarse una especial atención a la dotación, utilización y actualización de sus materiales, y a la adecuada formación de los profesionales que en ellas trabajan.

### 3.5.3 PRINCIPIOS METODOLÓGICOS DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

Para que la intervención educativa sea eficaz debe proporcionar una respuesta integral, lo cual supone tener en cuenta a la persona en su globalidad, es decir, su personalidad, su potencial intelectual y carencial, y su ambiente familiar, social y educativo; es decir, todos sus componentes: sociales, psicológicos, médicos, educativos,... González, E. y González, C. (2004).

Según Guillén, M. y Mejía, A. (2002), los pilares básicos sobre los que se debe basar la metodología de las aulas hospitalarias son los siguientes principios, que no deben entenderse como compartimentos estancos, sino interrelacionados para conseguir el componente motivador:

- ❖ *Operatividad:* antes de llevar a cabo una determinada actividad debemos valorar si ésta se puede realizar, teniendo en cuenta las capacidades del niño, el medio que nos rodea, el estado de salud del paciente, la aceptación por parte de los padres, el grado de colaboración de otros profesionales,...
- ❖ *Individualización:* Cada intervención educativa es realizada desde una perspectiva individual, partiendo del nivel de cada alumno y siguiendo su proceso educativo particular.
- ❖ *Normalización:* tratar de conseguir un ambiente lo más normalizado posible, llevando a cabo las actividades acordes con la edad del niño y el contexto que rodea habitualmente al niño.
- ❖ *Formación global:* integrando el medio sanitario en el que los niños están viviendo, y dándole una visión positiva.
- ❖ *Socialización:* fomentando conductas de relación con el grupo de iguales.
- ❖ *Acciones participativas:* consiguiendo la participación del personal sanitario, de los profesores de la escuela de origen, y por supuesto de los padres.

#### 3.5.4. MODELOS Y ESTRATEGIAS EN LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

Los modelos que están al alcance de psicólogos y pedagogos para llevar a cabo un intervención completa y específica, después de haber evaluado las necesidades del niño hospitalizado, son el modelo evolutivo, el modelo conductual, el modelo cognitivo y el modelo dinámico.

*El modelo evolutivo* se centra en aspectos específicos de desarrollo como es la autonomía, la competencia social y las estrategias cognitivas. Así que en un niño se estudia no solamente su desarrollo de forma aislada sino se estudia su desarrollo partiendo de la interacción social y sus vínculos afectivos. Los modelos evolutivos dan pautas de desarrollo y marcan las adquisiciones conductuales que deben ser incluidas en los programas de intervención.

Las técnicas empleadas en este modelo son los programas de atención temprana, la educación psicomotriz y la educación perceptivo – motriz.

Este modelo se considera útil para compensar el retraso en el desarrollo, evitar en la medida de lo posible el retraso escolar y reeducar las emociones. Asimismo, favorece la autonomía del niño hospitalizado ya que el niño puede participar en la toma de algunas decisiones como la secuenciación del trabajo, o las actividades más lúdicas.

*El modelo conductual.* Los programas de modificación de la conducta se basan en los principios del reforzamiento, castigo y extinción, control de estímulos y de respuestas, generalización, modelado y autocontrol.

Con este modelo se puede crear repertorios conductuales adaptados a su objetivo que es la mejora de calidad de vida del enfermo. Dichas conductas podrían ser la adquisición de hábitos de autonomía y autocuidado, las habilidades sociales, las habilidades de afrontamiento y de control de dolor y la adaptación a la enfermedad. .

*El modelo cognitivo* se centra en los procesos de memoria a corto plazo, la percepción o el aprendizaje discriminativo. Por consiguiente, estudia los procesos cognitivos y la capacidad de generalización del aprendizaje de unas estrategias ya adquiridas a otras situaciones nuevas. Feuerstein (1996) propone un método de evaluación dinámica, una evaluación del potencial de aprendizaje (pre-test), se elabora un programa de enriquecimiento cognitivo y al final se emplea un test post-tratamiento.

Dicho programa es útil porque favorece la adquisición de estrategias cognitivas y mejora la inteligencia.

*El modelo dinámico* se centra en la subyacente problemática emocional que puede ser desencadenada por falta de motivación, frustración y dificultad en el proceso de inter-relación. Aquí se aplican pruebas proyectivas para poner de manifiesto la relación entre la ansiedad y el fracaso en la adaptación.

Las técnicas empleadas son las de expresión y comunicación como: la expresión plástica, la expresión dinámica, la expresión musical, la expresión corporal, la expresión dramática, el juego, los cuentos. De aquí se derivan los diferentes tipos de actividades como: musicoterapia, ludoterapia, mimoterapia, psicomotricidad, psicodrama, danzaterapia, según los casos concretos, siempre hablando de actividades creativas liberadoras.

Este se cree que es uno de los modelos más efectivos en las personas con discapacidad y con enfermedades ya que ayuda a superar el bloqueo emocional, la ansiedad, la carencia afectiva, el aislamiento o el aburrimiento.

Es necesaria una intervención completa que atienda globalmente la problemática personal y establezca las estrategias más adecuadas y apropiadas para cada caso, ya que cada caso es uno y único, siempre tomando en cuenta la dimensión familiar y social que provoca la situación de la enfermedad. Grau Ortiz, (2001).

---

### 3.5.5. PROFESIONALES DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

La labor del profesional en el aula hospitalaria, cuya función es la de enseñar al niño enfermo y hospitalizado los contenidos del curriculum establecido para su curso Ochoa Linacero, B. y Lizasoáin Rumeu, O. (2003).

Pero para el profesorado del aula hospitalaria no es suficiente con conocer el currículum básico, sino que además, debe caracterizarse por ser un *profesional*: polivalente y polifacético, con gran versatilidad y flexibilidad, con experiencia previa en el aula, con capacidad de adaptación y empatía, capaz de vivir en lo provisional y con conocimientos de pedagogía hospitalaria, tanto teóricos como prácticos. Garanto Alós, J., (2002)

El profesional del aula hospitalaria trabaja, como el resto del personal sanitario, para la recuperación del niño. La labor del pedagogo hospitalario comienza desde el momento en que el niño ingresa en el hospital, independientemente de la enfermedad que padezca o de la duración de su estancia hospitalaria. El pedagogo hospitalario trabaja teniendo como contexto las aulas hospitalarias y las habitaciones de los niños, en casos que éstos no pueden acudir al aula.

Quizás la primera función del pedagogo hospitalario es la de establecer y *coordinar las relaciones interdisciplinarias*.

Asimismo, el pedagogo hospitalario tiene que evaluar la situación personal y familiar del niño enfermo hospitalizado. Dicha evaluación es necesario que cubra varios aspectos como el proceso de desarrollo intelectual, el desarrollo motor, el desarrollo emocional, las interacciones sociales del paciente, su nivel académico, la adaptación del niño a la enfermedad y las actuaciones médicas, las reacciones de la familia, las expectativas del niño y de su familia.

Por tanto, según Courlander, H. (2002), para ser un buen profesional de la Pedagogía Hospitalaria es necesario, disponer no sólo conocimientos, sino también habilidades y actitudes, lo cual incluye estabilidad emocional, conocimientos generales, estabilidad psicológica, saber conectar con niños y adolescentes, saber planificar,... esto supone:

- ❖ *Conocimientos sobre:* enfermedades y los efectos que las medicaciones y los tratamientos van a tener sobre el alumno, y por tanto sobre su capacidad de aprendizaje; las diferentes escuelas de los alumnos; los diferentes tipos de niños y de afrontamiento de la enfermedad; aspectos médicos,...
- ❖ *Habilidades para:* evaluar a cada niño acorde con sus circunstancias médicas; trabajar eficientemente como un miembro más del equipo multidisciplinar del hospital; manejar las situaciones dramáticas y también el temor ante la muerte; dar diferentes niveles al mismo tiempo;...
- ❖ *Actitudes que le permitan:* manejarse en situaciones conflictivas; sensibilidad y comprensión ante la enfermedad de cada niño; respeto hacia el trabajo de los demás profesionales implicados; estabilidad

emocional para trabajar en situaciones dolorosas sin verse emocionalmente afectado.

### 3.5.6. DESTINATARIOS DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

Las Aulas Hospitalarias proporcionarán la atención educativa a los alumnos de Educación Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria que se encuentren hospitalizados. Cuando el número de atenciones prestadas lo permita, se proporcionará apoyo educativo a los alumnos de etapas educativas no obligatorias.

Los alumnos ingresados en el hospital continuarán escolarizados, con carácter general, y a todos los efectos, en el centro educativo correspondiente.

### 3.5.7.-CARACTERÍSTICAS DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

Es preciso señalar que las Aulas Hospitalarias poseen unas determinadas características que hacen que la actividad educativa a desarrollar en ellas sea, en cierto modo, diferente. Las Aulas Hospitalarias se caracterizan porque su ubicación está en un hospital, y se dirigen a niños con algún tipo de patología. Esto implica la necesidad de que el aula se convierta en un espacio abierto y flexible. Por otra parte, las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de la educación de estas aulas tienen como referente las circunstancias y las situaciones particulares de cada alumno. Los menores que padecen enfermedades, a la vez, presentan conductas desajustadas y problemas psicológicos, sin duda el objetivo fundamental es la curación, pero su bienestar psicológico repercute en la mejora de su enfermedad. La continuidad con las rutinas escolares, además de intentar normalizar una situación “no normal”, persigue la continuidad del desarrollo bio-psico-social, mantener hábitos propios del ámbito educativo, disminuir la ansiedad que la situación de enfermedad provoca, normalizar la estancia en el hospital y favorecer la adaptación a ese medio. La continuidad del proceso educativo también en el hospital evita el desarraigo de la escuela y de su contexto socializador a la vez que le proporciona perspectivas de futuro.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es la necesidad de mantener de forma continuada un clima agradable para todos y entre todos los niños hospitalizados, para tratar de conseguir que sientan lo menos posible la lejanía con el ambiente escolar, familiar y social; e implicar más que nunca a los padres, en su proceso de aprendizaje,

pero también a otros agentes que forman parte del contexto del niño como son las enfermeras, médicos, auxiliares,... sin los que el profesorado no podría realizar su labor.

Según Lizasoáin, citado en Grau, (2004), también informa los efectos que la hospitalización cause en el niño dependerán de muchos factores: la edad y el desarrollo psicosocial del niño, el contar con un diagnóstico o estar a la espera del mismo, la naturaleza y grado de severidad de la enfermedad,... y estos influyen de forma directa en el desarrollo de la acción educativa

A nivel emocional pueden surgir importantes alteraciones comportamentales como: conductas negativas, agresividad, trastornos del sueño, respuestas de evitación, mutismo y trastornos de atención; causados por la ansiedad y la depresión que produce la hospitalización, y que por tanto, van a influir en todo el proceso educativo. Lizasoáin, 2000 (citado en Grau, 2004)]

A todo ello, debemos sumar los temores infantiles que surgen en este contexto: a lo desconocido, al contacto con un entorno extraño, a la muerte, a la anestesia, a la mutilación corporal, al dolor, a la separación familiar, a las agujas e inyecciones, a la alteración del ritmo normal de vida y relaciones con los compañeros, y al retraso escolar (unos se darán más en unas edades que en otras). Lizasoáin, 2000 (citado en Grau, 2004).

#### 3.5.8. FASES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

---

El tratamiento y la recuperación del niño pasa por distintas fases y además en cada fase se implican varias personas dentro del contexto familiar, social y hospitalario. Así los diferentes momentos en relación a la hospitalización son: ingreso, estancia y alta. Las personas implicadas en la recuperación del enfermo son: los profesionales y la familia.

Fase de admisión

El paciente pediátrico aún desde el diagnóstico previo suele sentir inquietud, inseguridad y ansiedad por lo desconocido que conlleva la hospitalización y la enfermedad. Así se manifiestan alteraciones y trastornos comportamentales y emocionales dependiendo siempre de factores personales y ambientales. La ansiedad vivida por el niño forma la necesidad de una intervención para reducir dicha ansiedad del niño o la ansiedad de los padres. Ese es el momento oportuno para ofrecer toda información sobre el tratamiento y los procedimientos médicos.

#### Fase de estancia

Las necesidades educativas especiales que se presentan durante esa fase se deben en principio a la situación de riesgo por la carencia afectiva a causa de la separación de la madre.

Esta es la fase del tratamiento médico. El primer elemento de esa fase es la separación de la familia, de los padres y de los hermanos. Bajo dicha situación es importante y necesaria la orientación a la familia en relación a la actitud que deben tener ante la enfermedad, en relación a la conducta más adecuada para favorecer la adaptación del niño en el hospital.

El niño y/o adolescente va a depender de los profesionales de la salud para los procedimientos médicos, el tratamiento y la atención a sus necesidades. Los profesionales van a dar respuesta las necesidades que se han presentado y así tienen que contemplar el apoyo a la carencia afectiva, el proceso de adaptación del niño al hospital o entidad médica, la atención educativa ante la pérdida escolar y la preparación para la reintegración en la familia, en la escuela y en el medio social.

Cabe señalar que la acción de los profesionales no puede ser algo diferente de coordinada, trabajando en equipo multiprofesional. Más específicamente, los profesionales de pedagogía van a indicar la forma más apropiada de tratar al niño, creando un medio flexible, agradable y atractivo, proporcionando la intervención educativa en las áreas de la autonomía, la comunicación y la socialización. La intervención psicoterapéutica contribuye complementando al programa educativo, junto a las actividades de ocio y tiempo libre.

#### Fase del alta

La preparación para el alta es un momento especialmente importante. Hay casos que al salir del hospital presentan inquietud y angustia a causa de las secuelas físicas, emocionales, académicas o sociales que se hayan derivado de la enfermedad. Por eso resulta de gran importancia el seguimiento como parte del proceso de la hospitalización para posibilitar la integración total del enfermo en su comunidad. Ortiz (2001).

---

### 3.6.- AULAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA

---

Actualmente en España la escolarización universal se considera un principio básico del sistema educativo y la atención sanitaria a la infancia un derecho irrenunciable. Pero esto no ha sido así siempre. Al igual que el acceso a la educación ha evolucionado, pasando de la educación de unos pocos a la universalización, lo mismo ha sucedido con la atención sanitaria

Por otra parte, la esperanza de vida ha aumentado y el éxito en los tratamientos médicos, posibilita la supervivencia de gran número de niños con enfermedades que hasta hace poco tiempo eran consideradas irreversibles para aquellos que las sufrían. A pesar de los avances médicos y sociales, es necesario poner al servicio de los alumnos que se encuentran en situación de enfermedad, diferentes recursos sanitarios, sociales y educativos que ayuden y faciliten su pleno desarrollo, en el marco del principio de igualdad de oportunidades. La dura realidad por la que, en general, padecen estos alumnos y sus familias, exige que el sistema educativo multiplique sus esfuerzos para colaborar, a la pronta recuperación de los alumnos y a su plena incorporación al ámbito escolar.

La atención educativa al niño enfermo, hace tiempo que dejó de tener un carácter extraordinario y de voluntariedad, y de ser asumida por las familias o instituciones benéficas.

La creación, dotación y mantenimiento de las Aulas Hospitalarias, los Servicios de Apoyo Educativo Domiciliario y los Centros Educativo-Terapéuticos en las diferentes Administraciones autonómicas son una muestra dentro de la variedad de respuestas ofrecidas desde la Administración Estatal, a las diferentes condiciones y situaciones individuales del alumnado.



La atención a los niños que se encuentran en situación de enfermedad ha sido una de las preocupaciones más antiguas en lo que a educación se refiere podemos remontarnos a la Ley de Enseñanza Primaria de 1945 en la que se propone cubrir las necesidades de la población infantil en las clínicas pertenecientes a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Es aquí donde se crean las primeras unidades escolares en el asilo de San Rafael de Madrid .Guillén y Mejía, (2002).

Afortunadamente, en la actualidad en España, existe una amplia regulación normativa estatal y en las Comunidades Autónomas y diferentes recursos para llevarla a cabo.

Las diferentes Comunidades Autónomas, al asumir sus competencias en materia educativa y sanitaria, han sido sensibles a la necesidad de prestar atención al alumnado enfermo y convaleciente y han dado respuesta a la obligatoriedad de cumplir con este deber frente a la población enferma estableciendo su normativa y sus recursos para que este derecho de un grupo de ciudadanos se cumpla, con los menores enfermos.

En la actualidad la mayor parte de los centros hospitalarios de España cuentan entre sus dependencias con una o varias aulas donde son atendidos los niños y niñas que se ven obligados a pasar un tiempo en el hospital lejos de sus centros escolares de origen.

Cada Comunidad Autónoma ha desarrollado su legislación en materia de atención al alumno enfermo y siguiendo la normativa estatal han puesto en marcha su sistema de Aulas Hospitalarias con objetivos comunes, con normas de organización y funcionamiento adaptadas a sus contextos de desarrollo, pero con una finalidad común. La atención educativa al niño enfermo. En algunas Comunidades Autónomas se han desarrollados los diferentes tipos actuaciones educativas que concretan la Pedagogía Hospitalaria para proporcionar apoyo educativo al niño enfermo a través de diferentes vías, según las necesidades de los sujetos, según explicamos en la página 23.

Existen, en España 5 Comunidades Autónomas, que cuentan además con Unidades de psiquiatría para adolescentes afectados con algún TSM, de las cuales dos se encuentran en la Comunidad de Madrid.

La sociedad en general, ha tomado conciencia del incremento producido en determinados trastornos psiquiátricos (o fronterizos) del niño y adolescente, como el Trastorno de la Conducta (T. Disocial), los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la

depresión, el Trastorno por Consumo de Alcohol y Sustancias Tóxicas, el fracaso escolar y otras alteraciones, que se suponen asociadas al modelo de sociedad occidental actual y que a su vez impactan de manera negativa en las familias, estructuras docentes y sanitarias, que se ven en dificultades para dar respuestas adecuadas, dada la complejidad causal y la proporción epidémica de algunas de estas entidades clínicas.

---

### 3.6.1. Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid

---

Nuestra investigación se va llevar a cabo en la Comunidad de Madrid. Es importante realizar una breve descripción de dicha Comunidad Autónoma, para poder conocer, en líneas generales, aspectos del entorno y la geografía, su demografía, así como datos de los tres ámbitos que nos interesan para nuestro estudio, ámbito sanitario, educativo y social relacionado con la adolescencia

La **Comunidad de Madrid** es una Comunidad Autónoma uniprovincial de España, que se encuentra situada en el centro de la Península Ibérica y, dentro de ésta, en el centro de la Meseta Central. Limita con las provincias de Guadalajara, Cuenca, Toledo (Castilla-La Mancha), Ávila y Segovia (Castilla y León). (Comunidad de Madrid, 2008).

Con una extensión de 8.030,1 km<sup>2</sup>, su población estimada es de 6.081.689 habitantes (INE 2010), la cual se concentra en el área metropolitana con 3.132.463 hab. La densidad de población de la región es de 758,14 hab/km<sup>2</sup> (INE 2007), muy superior a la del conjunto español (89,57 hab/km<sup>2</sup>). (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2006)

La gran mayoría de la población de la comunidad autónoma se concentra en la capital y en sus alrededores, que conforman el área metropolitana más importante de España, donde reside aproximadamente el 90% de los habitantes de la Comunidad de Madrid. A medida que aumenta la distancia de la capital, más se reducen las cifras demográficas, principalmente en lo que respecta al norte y al suroeste de la región.

Además de su realidad metropolitana, la Comunidad de Madrid ofrece el fuerte contraste de zonas despobladas, con un marcado carácter rural.

La población madrileña presenta un perfil de edad preferentemente joven-adulto, ya que el 44,4% de los habitantes de la región tiene entre 16 y 44 años (INE 2006). A

cierta distancia aparece el grupo de edad de 45 a 64 años que supone el 24,3%. Muy alejados se sitúan los niños y adolescentes (hasta 15 años), con un 15,2%, y los mayores de 65 años, con un 16,7%. (Comunidad de Madrid, 2008).

La tasa de natalidad de la región madrileña (nacidos por cada 1.000 habitantes) es de 11,80 puntos, un 7% aproximadamente (INE 2005), mientras que la tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por 1000 nacimientos) en 2005 fue de un 3,5% aproximadamente. En lo que respecta a la mortalidad en general, las diferencias con los datos nacionales son algo más acusadas. La tasa de mortalidad correspondiente a esta comunidad autónoma (6,95) es inferior en dos puntos a la de toda España (8,93) (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2006).

**La Consejería de Educación** actualmente cuenta con 1576 centros de Secundaria en toda la Comunidad de Madrid, donde se imparten enseñanzas de educación secundaria y bachillerato.

Los alumnos matriculados en sexto de primaria son 58.990 alumnos

En Secundaria el número total de alumnos escolarizados durante el curso 2009-2010 resultó ser de 234.838 escolarizados en los centros que imparten estas enseñanzas de la Región, distribuidos de la siguiente manera por cursos:

- 1ºESO: 63.774
- 2º ESO. 61.130
- 3º ESO:63.774
- 4º ESO: 61.130

El número de alumnos que asisten a centros públicos son 65.778

- 1ºESO: 33.832
- 2º ESO. 31.946
- 3º ESO:29.336
- 4º ESO: 26.171

En Bachillerato, el número total de alumnos escolarizados durante el curso 2009-2010 resultó ser de 88.684 escolarizados en los centros que imparten estas enseñanzas en diferente régimen:

Régimen ordinario: 82.922

Régimen nocturno/ adultos: 5.762

El alumnado escolarizados en centros públicos que imparten bachillerato son 50.972, de los cuales 45.245 cursan esta etapa en régimen ordinario y 5.727, lo hacen en régimen nocturno/ adultos.

El alumnado total de PCPI es de 10.327 de los cuales escolarizados en centros públicos son 7151 alumnos. El alumnado total: escolarizados en CFGM son 25.743 estando escolarizados en esta modalidad educativa en centros públicos 5.880 alumnos

Para la atención educativa y orientación profesional cada uno de los IES que imparten enseñanzas obligatorias de secundaria y bachillerato, existe un Departamento de Orientación. (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2012).

El Real Decreto 926/1999, de 28 de mayo, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad de Madrid en materia de enseñanza no universitaria, nuestra Comunidad Autónoma asume competencias plenas en materia educativa, por lo que las responsabilidades en materia educativa que son competencias de las Administraciones son asumidas plenamente.

Los alumnos que no pueden seguir un proceso normalizado de escolarización en su centro educativo, por razones de hospitalización o convalecencia prolongada, precisan una respuesta educativa adecuada a las necesidades que manifiestan. Para ello, las Unidades Escolares de Apoyo funcionan en aquellos hospitales de la Comunidad de Madrid que tienen camas pediátricas de media y larga hospitalización.

#### 3.6.1.1. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LAS AULAS HOSPITALARIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

La atención educativa al alumnado enfermo en el ámbito de la Comunidad de Madrid, se remontan a mediados del siglo XX. Madrid fue una de las provincias españolas, ahora Comunidad Autónoma, en la que primero se implantó una red de Aulas

Hospitalarias. A lo largo de los más de 50 años de funcionamiento de las mismas se ha procedido a la apertura, ampliación y cierre de Aulas Hospitalarias en función de las necesidades de cada momento.

En un principio, esta atención educativa se inició al margen de la Administración Educativa, ejerciendo de maestros en los hospitales algunos asistentes sociales, religiosos, voluntarios, etc. La primera de las Aulas Hospitalarias madrileñas se abrió en 1953 con la creación de una unidad de niños de enseñanza especial en el Hospital Clínico-San Carlos, Hospital que había iniciado la atención educativa al alumnado enfermo en 1947 por parte de personal ajeno al Ministerio de Educación.

En los años 60 se reflejó claramente los esfuerzos por ayudar a los niños y niñas víctimas de la poliomielitis, y con esta finalidad se abrieron siete nuevas Aulas Hospitalarias. El Hospital Instituto San José, Hospital San Rafael, Hospital del Niño Jesús, el Hospital Universitario Gregorio Marañón, el Hospital del Rey, el Instituto de Rehabilitación y el Hospital de la Princesa.

A partir de la década de los 80 e inicialmente motivada por la necesidad de dar respuesta educativa a la población infantil, víctima del Síndrome del Aceite Tóxico, se procedió a la apertura de nuevas aulas hospitalarias, en el Hospital Ramón y Cajal, en el Hospital de La Paz, en el Hospital Doce de Octubre y en el Hospital de Móstoles

En los años 90 se consiguió la generalización de la prestación de este servicio educativo a todos los hospitales ampliándose con la apertura de Aulas Hospitalarias en el Hospital Severo Ochoa de Leganés, en el Hospital Universitario de Getafe, en el Hospital Militar Gómez Ulla y en la Fundación de Alcorcón.

Actualmente la Comunidad de Madrid cuenta con Unidades Escolares de Apoyo o Aulas Hospitalarias en aquellos hospitales de la Comunidad que tienen camas pediátricas de media y larga hospitalización.

Son las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid las que regulan sus funcionamiento. Estas Instrucciones son de 10 de diciembre de 2010

### 3.6.1.2. OBJETIVOS

---

Según las citadas Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria de 9 de diciembre 2010 los objetivos de las Aulas Hospitalarias son los siguientes:

- a) Proporcionar la atención educativa adecuada a los alumnos hospitalizados para asegurar la continuidad del proceso educativo y evitar el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.
- b) Establecer los cauces de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención de los alumnos enfermos: el centro docente y el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (SAED).
- c) Favorecer la comunicación entre los alumnos con sus centros de referencia, con sus tutores y sus compañeros de aula, mediante el uso, entre otros, de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- d) Fomentar la utilización del tiempo libre en el hospital, programando actividades formativas y de ocio, en coordinación con otros profesionales y asociaciones que desarrollen acciones en el entorno hospitalario.
- e) Facilitar la incorporación de los alumnos enfermos a su centro educativo, una vez transcurrido el periodo de convalecencia.

#### 3.6.1.3. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE LA ACCIÓN EDUCATIVA

Los destinatarios de la atención educativa al alumnado enfermo, son aquellos alumnos de Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria que se encuentren hospitalizados en alguno de los Centros Hospitalarios que cuentan con unidades escolares de apoyo. Los destinatarios de las Aulas Hospitalarias son por tanto, niños hospitalizados ( o que acuden a consultas ) en edad de escolaridad obligatoria y, aquellos que se encuentren matriculados y cursando estudios de etapas no obligatorias.

Las Instrucciones citadas de 9 de diciembre 2010 establecen que cuando el número de atenciones diarias lo permita, se atenderá el alumnado de etapas no obligatorias.

En relación con los alumnos que manifiesten trastornos graves de personalidad o de conducta, establece que serán atendidos en las Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría si se encuentran hospitalizados.

Teniendo en cuenta la edad y la etapa en la que se encuentra el alumnado, la atención educativa se prioriza de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Alumnado escolarizado en etapas educativas obligatorias

Alumnado de larga estancia (más de tres semanas)

Alumnado de media estancia (entre una y tres semanas)

Alumnado de corta estancia (menos de una semana)

2. Alumnado escolarizado en enseñanzas no obligatorias

Alumnado de larga estancia (más de tres semanas)

Alumnado de media estancia (entre una y tres semanas)

Alumnado de corta estancia (menos de una semana)

Las actividades educativas se desarrollan, dependiendo de la movilidad del alumnado, en las aulas y/o en las habitaciones, permitiendo una atención individualizada, personalizada, adecuada a la edad y nivel escolar del alumnado, así como a sus condiciones de salud, y se caracterizan por la flexibilidad y adaptación a las necesidades del alumnado hospitalizado. Es necesario resaltar que la procedencia del alumnado atendido en las Aulas Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, especialmente las de Madrid-Capital, es muy variada. No sólo se atiende alumnado de área sanitaria, también de otras procedencias, ya que cerca de un 15% del alumnado atendido en ellas corresponde a otras Comunidades Autónomas y de otros países.

#### 3.6.1.4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

---

Las actividades educativas:

- Se desarrollan, dependiendo de la movilidad del alumnado, en las aulas y/o en las habitaciones.
- Permiten una atención personalizada, adecuada a la edad y nivel escolar del alumnado, así como a sus condiciones de salud.

Se caracterizan por la flexibilidad y adaptación a las necesidades del alumnado

hospitalizado.

#### 3.6.1.5. PROFESIONALES DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

---

Las Aulas Hospitalarias cuentan con profesorado de la Consejería de Educación. La acción educativa corre a cargo profesores de educación Primaria para la atención a las Aulas Hospitalarias y alumnado de E. Primaria y ESO . También en las Aulas Hospitalarias ejercen docencia profesorado de Secundaria para la atención a las Aulas Psiquiátricas de Hospitalización Breve.

Las funciones específicas de los profesores de las Aulas Hospitalarias son las siguientes:

a) La atención educativa personalizada, adecuada a las características individuales del alumno y a su nivel de competencia curricular.

b) La elaboración y el desarrollo de la propuesta curricular adaptada a las necesidades educativas específicas del alumno, teniendo como referente la documentación remitida por el centro donde se encuentra escolarizado.

c) El establecimiento de una coordinación sistemática con los centros de referencia de los alumnos, y especialmente con sus tutores, comunicando la incorporación al Aula Hospitalaria. Dicha comunicación se ajustará al modelo establecido.

d) La solicitud de la información sobre la programación del curso en el que está escolarizado el alumno. Para ello, facilitará al equipo docente del alumno en su centro de referencia el modelo del Anexo II con el fin de que lo cumplimente debidamente.

e) El establecimiento de los contactos, incluida la vía telemática, con el tutor del alumno y con sus compañeros de clase, facilitando así la reincorporación a su centro de referencia.

f) La información a las familias sobre el proceso educativo de los alumnos.

g) La preparación de la reincorporación del alumno a su centro, informando de la situación en la que se encuentra y, en su caso, orientando al centro sobre la conveniencia de realizar un plan de acogida.



h) La remisión al centro, antes de cada evaluación y, en todo caso, al finalizar su estancia en el Aula Hospitalaria, de un informe que recoja el proceso educativo del alumno durante el periodo de asistencia al Aula. Este informe será elaborado conjuntamente con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, cuando el alumno haya sido atendido por el mismo, y se ajustará en su contenido y diseño al modelo establecido

i) La elaboración de propuestas para su inclusión en la Programación General Anual al inicio de cada año académico, y en la Memoria anual a la finalización del mismo.

j) La cumplimentación, por parte de cada profesor, de un listado diario de las atenciones realizadas conforme a los modelos facilitados por la Dirección General de Educación Infantil y Primaria.

k) Aquellas otras funciones de carácter general que sean de aplicación según la normativa vigente.

Adscritos a las Unidades Escolares de Apoyo también se encuentra el profesorado del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario que desempeña su trabajo educativo con el alumnado hospitalizado y convaleciente en el domicilio familiar. Los profesores del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario que no tengan atenciones domiciliarias, en algún momento concreto, prestarán servicio en el Aula Hospitalaria, conforme a las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario en la Comunidad de Madrid.

Los profesores del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario que atienden a alumnado de E. Secundaria se encuentran formando parte de los departamentos de Orientación de los IES donde tienen su sede y atienden las necesidades de atención domiciliaria de los alumnos por sectores.

#### 3.6.1.6. LAS AULAS HOSPITALARIAS Y LA COORDINACIÓN

La Dirección General de Educación Infantil y Primaria define en sus Instrucciones del 9 de diciembre de 2010 estas funciones específicas de coordinación de las Unidades Escolares de Apoyo en instituciones hospitalarias y los centros educativos de referencia del alumnado :

a) La atención educativa personalizada, adecuada a las características individuales del alumno y a su nivel de competencia curricular.

b) La elaboración y el desarrollo de la propuesta curricular adaptada a las necesidades educativas específicas del alumno, teniendo como referente la documentación remitida por el centro donde se encuentra escolarizado.

c) El establecimiento de una coordinación sistemática con los centros de referencia de los alumnos, y especialmente con sus tutores, comunicando la incorporación al Aula Hospitalaria. Dicha comunicación se ajustará al modelo establecido.

d) La solicitud de la información sobre la programación del curso en el que está escolarizado el alumno. Para ello, facilitará al equipo docente del alumno en su centro de referencia el modelo del Anexo II con el fin de que lo cumplimente debidamente.

e) El establecimiento de los contactos, incluida la vía telemática, con el tutor del alumno y con sus compañeros de clase, facilitando así la reincorporación a su centro de referencia.

f) La información a las familias sobre el proceso educativo de los alumnos.

g) La preparación de la reincorporación del alumno a su centro, informando de la situación en la que se encuentra y, en su caso, orientando al centro sobre la conveniencia de realizar un plan de acogida.

h) La remisión al centro, antes de cada evaluación y, en todo caso, al finalizar su estancia en el Aula Hospitalaria, de un informe que recoja el proceso educativo del alumno durante el periodo de asistencia al Aula. Este informe será elaborado conjuntamente con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, cuando el alumno haya sido atendido por el mismo, y se ajustará en su contenido y diseño al modelo establecido.

i) La elaboración de propuestas para su inclusión en la Programación General Anual al inicio de cada año académico, y en la Memoria anual a la finalización del mismo.

j) La cumplimentación, por parte de cada profesor, de un listado diario de las

atenciones realizadas conforme a los modelos facilitados por la Dirección General de Educación Infantil y Primaria.

k) Aquellas otras funciones de carácter general que sean de aplicación según la normativa vigente.

Los profesores de las Aulas Hospitalarias se atenderán, en todo momento, las órdenes de evaluación, a la Orden 3225/2008, de 27 de junio, que se regula para la Comunidad de Madrid la evaluación en la Educación Primaria y los documentos de aplicación, y a la Orden 1029/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación de la Educación Secundaria Obligatoria y los documentos de aplicación y a la Resolución de 11 de junio de 2001, por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada.

De las Instrucciones y los documentos de evaluación se deduce la necesaria coordinación entre los profesores de las Aulas Hospitalarias y los centros de referencia de los alumnos hospitalizados que asisten a la misma.

- ❖ La coordinación con el centro de procedencia de cada alumno, especialmente con el tutor para solicitar información sobre la programación del curso, y con el resto de compañeros de clase, con el fin de no perder contacto con ellos y facilitar la reincorporación al aula.
- ❖ La elaboración y desarrollo de la propuesta curricular adaptada a las necesidades educativas específicas del alumno, a partir de la información proporcionada por cada centro.
- ❖ La atención educativa personalizada, adecuada a las características personales del alumno y a su nivel de competencia curricular.
- ❖ El asesoramiento a las familias y la implicación de los mismos en el proceso.
- ❖ La preparación para la incorporación del alumno a su centro de referencia. Asimismo, remitirá al centro un informe en el que se recoja el proceso educativo que ha llevado a cabo el alumno durante el período de permanencia en el Aula Hospitalaria.

El enfoque multidisciplinar es la garantía absoluta de que estos recursos son la respuesta adecuada a las necesidades y los problemas que se plantean para estos niños; González, E. y González, C. (2004) afirman que la atención educativa de los niños enfermos no se resuelve sólo como problema médico, psicológico, social, educativo,... sino de la combinación de todos ellos, de fomentar las habilidades y conocimientos en todas los aspectos de la vida de las personas.

Son muchos los profesionales implicados en las actividades del Aula Hospitalaria, fundamentalmente maestros y pedagogos, por tanto, es preciso que haya, por una parte, una coordinación entre el equipo educativo del centro hospitalario con el centro educativo de referencia de cada niño, y también, una colaboración interdisciplinar entre todos ellos, extensible a los médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, animadores socioculturales, y demás profesionales en contacto con el niño enfermo y hospitalizado González, E. y González, C.(2004).

Actualmente la Comunidad de Madrid cuenta con **once** Aulas Hospitalarias y **dos** Unidades de Hospitalización Breve, para atender las necesidades educativas del alumnado ingresados en el hospital con patologías psiquiátricas, ubicadas en el Hospital del Niño Jesús y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Tabla13. Relación de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid

<b>Centros Hospitalarios</b>	<b>Dirección</b>
Hospital La Paz	Paseo de la Castellana, 261. Madrid 28046
Hospital Doce de Octubre	Ctra Andalucía,
Hospital Niño Jesús	Avda Menéndez Pelayo, 65. Madrid 28009
Hospital Ramón y Cajal	Carretera Colmenar, Km 9.100. Madrid 28034
Hospital Gregorio Marañón	O'Donnell, 50. Madrid 28009
Hospital Clínico	C/ Isaac Peral, s/n. Madrid 28015
Fundación Hospital de Alcorcón	C/ Budapest, 1. Alcorcón 28922
Hospital Universitario de Getafe	Carretera Toledo, Km 12,500. Getafe 28905
Hospital General de Móstoles	C/ Río Júcar, s/n. Móstoles 28935

Hospital Severo Ochoa	C/ Orellana, s/n. Leganés 28911
Hospital de Fuenlabrada	C. del Molino, 2. Fuenlabrada 28942

(DAT – Madrid capital, 2012)

Hospitales privados de la Comunidad de Madrid que cuenten con Aulas Hospitalarias son dos, el Hospital de San Rafael (Madrid) y el Hospital de Madrid Montepíncipe.

Para finalizar debemos señalar que el número de unidades en cada Hospital de la Comunidad de Madrid está en función del número de camas pediátricas, el nivel de ocupación, el tiempo medio de estancia, el tipo de patologías que atienden y el ámbito geográfico de influencia.

#### 3.6.1.7. OTROS APOYOS EDUCATIVOS PARA LA ATENCIÓN AL NIÑO ENFERMO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Para el alumnado enfermo y sus familias, exige que el sistema educativo multiplique sus esfuerzos para ayudar, en la medida de lo posible, a la pronta recuperación de los estudiantes y a su plena incorporación al ámbito escolar. En este sentido, las Aulas Hospitalarias en la Comunidad de Madrid, el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario y de los Centros Educativo-Terapéuticos, no son más que una muestra dentro de la variedad de respuestas ofrecidas desde la Administración a las diferentes condiciones y situaciones individuales del alumnado enfermo.

Según hemos hecho referencia con carácter general a los tipos apoyos educativos para atender la necesidades del niño enfermo, en la Comunidad de Madrid se cuenta con todos ellos:

5. Aulas Hospitalarias: atención educativa al niño cuando está hospitalizado.
6. Servicio de Apoyo Domiciliario: apoyo educativo al niño cuando permanece en su domicilio a causa de su enfermedad y no puede asistir de forma normalizada a su centro escolar por un tiempo.
7. Centros Educativo-Terapéuticos- Hospitales de Día: atención educativa al alumnado que manifiesta trastornos psíquicos que de forma transitoria no puede acudir a su centro educativo.

8. Unidades de Hospitalización Breve: Atención educativa al alumno con patología psiquiátrica dentro de un centro hospitalario con hospitalización.

Este último dispositivo, las Unidades de Hospitalización Breve, se integran en el régimen organizativo de las Aulas Hospitalaria de los dos hospitales en los que se ubican.

Será precisamente en una de estas Unidades donde llevaremos a cabo nuestro estudio, por lo que se verá en profundidad en el capítulo 6

El resto de actuaciones se regulan a través de las Instrucciones que la Dirección General de Educación Infantil y Primaria de la Consejería de educación establece y que se detallan a continuación.

El Servicio de Atención Educativa Domiciliaria (SAED) consistente en la atención educativa en el domicilio del alumno por parte de profesorado de la Consejería de Educación.

Es un servicio destinado a la atención del alumnado de etapas obligatorias, Educación Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria, escolarizado en centros sostenidos con fondos públicos que, por prescripción facultativa, no pueda asistir al centro y siempre que el período de convalecencia sea superior a 30 días.

La Dirección General de Educación Infantil y Primaria define en sus Instrucciones del 9 de diciembre de 2010 regula el funcionamiento del Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario en la Comunidad de Madrid.

En las citadas Instrucciones define los destinatarios que son los alumnos de Educación Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria escolarizados en centros sostenidos con fondos públicos que, por prescripción facultativa, no pueden continuar con su asistencia regular al centro, siempre que su periodo de convalecencia sea superior a un mes.

Con carácter excepcional, se atiende al alumnado con enfermedades crónicas que presenten bajas médicas intermitentes inferiores a ese periodo. A lo largo de los años se constató una nueva necesidad en el campo de la atención educativa al alumnado enfermo: debido a los avances en los tratamientos terapéuticos se vio reducida la

estancia continuada del estudiante en el centro hospitalario tendiéndose a hospitalizar sólo si es imprescindible y durante el menor tiempo posible.

Esto conlleva un mayor período de convalecencia en el domicilio familiar, que en el caso de algunas enfermedades crónicas suele alternarse con nuevos periodos de hospitalización. En ese momento se vio lógico que, si durante los momentos de hospitalización el niño/a recibía atención educativa no tenía mucho sentido negar esa atención durante su convalecencia en el domicilio, sobre todo teniendo en cuenta que, muchas veces, el tiempo de convalecencia domiciliaria era superior al de hospitalización

Los casos referidos a enfermedades mentales son atendidos excepcionalmente y su solicitud debe ir acompañada de unas orientaciones del departamento de psiquiatría que incluyan pautas de actuación para poder realizar el apoyo educativo de forma adecuada. El informe médico deberá proceder de un facultativo de los servicios de Salud Mental de la red pública.

Al igual que el alumnado de Aulas Hospitalarias, de los Centros Educativo-Terapéuticos, el alumnado convaleciente continúa matriculado, a todos los efectos, en su centro ordinario. Excepcionalmente, el alumnado en edad escolar obligatoria puede matricularse en la modalidad a distancia, previo informe del Servicio de Inspección Educativa y autorización de la Dirección General de Promoción Educativa.

Con respecto al **Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario**, la Comunidad de Madrid dispone de una red de **44 centros**, entre Aulas Hospitalarias, Centros de Educación Infantil y Primaria e Institutos de Educación Secundaria. Para este recurso docente, la Comunidad de Madrid cuenta con **33** profesionales de Educación Primaria y **50** profesores de Educación Secundaria.

### **Objetivos del SAED**

- Garantizar la continuidad del proceso educativo del alumnado enfermo que tiene una convalecencia prolongada en el hogar, evitando el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.

- Asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje, mediante una coordinación adecuada entre los distintos profesionales que entran en contacto con el alumnado convaleciente, centro docente, las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias y el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario.
- Facilitar la incorporación del alumnado enfermo a su centro educativo, una vez transcurrido el período de convalecencia.
- Favorecer el proceso de comunicación mediante el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación entre los profesionales de Educación y Sanidad y entre los alumnos con sus centros de referencia.

Las Instrucciones de 9 de diciembre de 2010 que regula el funcionamiento del SAED, establece el procedimiento de solicitud, tramitación y adjudicación del servicio, al igual que el horario semanal de los alumnos. Los compromisos de la familia casi como la organización y funcionamiento

Las funciones específicas del profesorado se encuentran en las mismas Instrucciones y son las siguientes:

- a) La atención e intervención educativa personalizada y adecuada a la edad y al nivel curricular del alumno, teniendo en cuenta su estado de salud.
- b) La elaboración y el desarrollo de la programación individual adaptada, teniendo como referente la programación remitida por el centro donde se encuentra escolarizado el alumno.
- c) La coordinación con los centros de referencia de los alumnos convalecientes o, en su caso, con los profesores de las Aulas Hospitalarias cuando el alumno proceda de un ingreso hospitalario o tenga ingresos intermitentes, mediante reuniones al menos al principio y al final de la prestación del servicio.
- d) La coordinación con el médico especialista de referencia de los alumnos con trastornos de salud mental, preferentemente en las actuaciones relativas a la incorporación de cada uno de ellos a su centro educativo.
- e) La elaboración de un informe individualizado para la evaluación del alumno



durante su periodo de convalecencia y su remisión al centro de referencia. Cuando el alumno tenga ingresos intermitentes, dicho informe será elaborado conjuntamente con los profesores de las Aulas Hospitalarias.

f) La información a las familias sobre el proceso educativo de sus hijos, implicándolas para que puedan colaborar en la medida de sus posibilidades.

g) La preparación de la incorporación del alumno al centro de referencia orientando al centro sobre la conveniencia de realizar un plan de acogida.

h) Aquellas otras que sean de aplicación según la normativa vigente.

Desde el curso 2000-2001 se han articulado otras medidas para atender de manera integral a la demanda de atenciones educativas un poco más concretas de Aulas Hospitalarias:

- La creación dos Unidades Breves de Hospitalización Psiquiátrica en los Hospitales Niño Jesús y Gregorio Marañón.
- El Hospital de Día del Niño Jesús.
- La creación de una red de Centros Educativos Terapéuticos dirigidos a niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos, por medio de la colaboración entre las Consejerías de Educación y Sanidad.

Las dos atenciones primeras se integran y constituyen en las Aulas Hospitalarias de los dos Hospitales donde se encuentran.

El Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico tiene por objeto la atención del alumnado que, transitoriamente, no puede asistir a los centros docentes como consecuencia de necesitar un tratamiento psiquiátrico intensivo en entornos estructurados.

Las Instrucciones de 10 de diciembre de 2010, de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria regula el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Centros Educativo-Terapéuticos de la Comunidad de Madrid

Los Centros Educativo Terapéuticos- Hospitales de Día son un recurso para atender las necesidades educativas de niños y adolescentes con trastornos

psiquiátricos. Tiene por objetivo la atención del alumnado que, transitoriamente, no puede asistir a los centros docentes como consecuencia de necesitar un tratamiento psiquiátrico intensivo y en un ambiente estructurado.

Los CET-HD cuentan con un profesional por cada diez plazas escolares. Adicionalmente, y para favorecer el proceso de coordinación con los centros de referencia y la reincorporación del alumnado al finalizar su atención sanitaria en el CET, se les asigna un profesional adicional al cupo establecido.

El alumnado de Educación Obligatoria que se atiende continúa escolarizado, a todos los efectos, en su Centro Educativo de referencia correspondiente aunque, excepcionalmente, el alumnado de las etapas obligatorias puede matricularse en la modalidad a distancia, previo informe del Servicio de Inspección de Educación y autorización de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria.

La derivación de los alumnos-pacientes se realiza a través del Servicio Regional de Salud Mental, que establece la prioridad de los casos que deben atenderse.

Los objetivos de los Centros Educativo-Terapéuticos son los siguientes:

a) Proporcionar atención educativa a sus alumnos para asegurar la continuidad del proceso educativo y evitar el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.

b) Establecer y consolidar normas y hábitos de comportamiento que mejoren el proceso de adaptación de los alumnos al contexto escolar y social.

c) Establecer una adecuada coordinación entre el equipo docente y el equipo terapéutico para ofrecer la respuesta más ajustada a las necesidades específicas de cada alumno.

d) Promover la coordinación y la relación con otros recursos educativos, psicopedagógicos, sociales y servicios de salud mental.

e) Favorecer el proceso de comunicación entre los alumnos con sus centros de referencia y entre los profesionales de educación y sanidad mediante el uso, entre otros, de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

f) Facilitar la incorporación de los alumnos a sus centros educativos fomentando procesos de acogida que favorezcan la integración del alumno en su centro escolar una vez transcurrido el periodo de estancia en el Centro Educativo-Terapéutico.

g) Promover la colaboración y el apoyo de la familia ofreciendo las orientaciones que se consideren necesarias.

h) Fomentar la utilización del tiempo libre programando actividades formativas de ocio, en coordinación con otros profesionales y entidades que desarrollan acciones en el entorno del Centro Educativo-Terapéutico.

Los Centros Educativo-Terapéuticos están dotados con un equipo educativo, dependiente de la Consejería de Educación, y con un equipo terapéutico, dependiente de la Consejería de Sanidad.

La organización se estructura en torno a las actividades globales que forman parte del programa terapéutico de los alumnos y se caracteriza, fundamentalmente, por la flexibilidad de las actividades para adaptarse a sus peculiaridades y por la coordinación y el trabajo en equipo para optimizar los efectos de las intervenciones propuestas.

La planificación de la atención educativa se hace en coordinación con el equipo terapéutico y en función de la evolución de cada caso.

Las funciones específicas de los profesores de los Centros Educativo-Terapéuticos son las siguientes:

a) La atención educativa personalizada adecuada a las características individuales de cada alumno y a su nivel de competencia curricular, estableciendo una coordinación con sus centros de procedencia, y facilitando el contacto, incluyendo la vía telemática, con el tutor del alumno y con los compañeros de su centro de referencia con el fin de facilitar su reincorporación al aula.

b) La elaboración y el desarrollo de la propuesta curricular adaptada a las necesidades educativas específicas de cada alumno, tendiendo como referente la documentación remitida por el centro donde se encuentra escolarizado.

c) La coordinación con el equipo terapéutico que interviene con el alumno.

d) La elaboración y la remisión al centro, al finalizar el periodo de atención, del informe en el que se recoja el proceso educativo que se ha llevado a cabo con

el alumno durante el periodo de permanencia en el Centro Educativo-Terapéutico.

e) La preparación para la reincorporación del alumno a su centro de referencia, en colaboración con el coordinador del Centro Educativo-Terapéutico, informando de la situación en la que se encuentra y, en su caso, orientando sobre la conveniencia de realizar un plan de acogida.

f) La información a las familias de los alumnos sobre el proceso educativo de sus hijos.

g) La presentación de propuestas para la elaboración de la Programación General Anual al principio de cada año académico, y de la Memoria anual al finalizar el mismo.

h) La cumplimentación, por parte de cada profesor, de un listado diario de las atenciones realizadas, conforme a los modelos facilitados por la Dirección General de Educación Infantil y Primaria.

i) Aquellas otras funciones de carácter general que sean de aplicación según la normativa vigente.

Los CET cuentan en su equipo con Profesores Técnicos de Servicios a la Comunidad, cuyas funciones se regulan en las citadas Instrucciones y son las siguientes:

a) La obtención de la información referida al alumno objeto de su intervención por parte de los servicios sociales y sanitarios.

b) La coordinación con el equipo docente del Centro Educativo-Terapéutico con objeto de favorecer la incorporación de los alumnos a sus centros de referencia, atendiendo a aspectos socioeducativos y familiares.

c) La apertura de un expediente a cada alumno con la información de los centros de referencia, de la entrevista con la familia, en su caso, de la aportada por los servicios sociales, salud mental, centro base, comisión de absentismo, asociaciones que intervienen con el alumno y otros.

d) La participación en la reunión inicial del equipo de profesores con las familias, con el fin de recoger información relevante.

e) La coordinación con el equipo terapéutico que interviene con el alumno bajo las directrices del coordinador del Centro Educativo-Terapéutico.

f) La propuesta de objetivos de intervención y la realización de una búsqueda de recursos socioeducativos, en colaboración con el equipo educativo y terapéutico, para conseguir el desarrollo integral del alumno.

g) La información al equipo terapéutico y docente de las actuaciones que se realicen con los alumnos y sus familias, así como de los recursos existentes.

h) La elaboración de un informe que recoja los aspectos socioeducativos y familiares en los que se haya intervenido en el Centro Educativo-Terapéutico para su remisión al centro de referencia cuando se produzca el alta total o parcial.

i) La colaboración con los servicios externos (Servicios Sociales, Centro Base, Centro de Salud Mental, etc.), y con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica o los Departamentos de Orientación, según corresponda, en la detección y seguimiento de las necesidades sociales y educativas de los alumnos.

j) La información a los alumnos y a sus familias sobre las alternativas académicas y profesionales, así como, en su caso, de inserción y orientación laboral y recursos.

j) Aquellas otras funciones de carácter general que sean de aplicación según la normativa vigente.

Cubiertas las necesidades sanitarias, que aumentan la esperanza de vida, de vida de calidad, ante las diversas enfermedades, estos alumnos y alumnas tienen un futuro como ciudadanos adultos, futuro para el que deben estar convenientemente preparados. Además, el mantenimiento de una estrecha relación con el sistema educativo, con los docentes, con sus compañeros y compañeras, aporta un factor normalizador en su día a

Los centros educativo-terapéuticos (CETs) para la atención a trastornos psiquiátricos y de conducta dependientes de la Consejería de Educación son:

CET- H.D Pradera de San Isidro.

CET- H.D Norte,

CET- H.D Vallecas,

CET- H.D Alcalá de Henares

CET- H.D Leganés.

CET- H.D Niño Jesús

### 3.6.1.8.- LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE ADOLESCENTES DEL AULA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

---

El Aula Hospitalaria del CPEE-Hospital General Universitario Gregorio Marañón, cuenta con la Unidad Hospitalización Breve para adolescentes que fue inaugurada en el curso 2000-01, siendo en ese momento el único recurso sanitario existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad de Madrid, dotado al mismo tiempo con profesionales de Educación Secundaria para la atención al alumnado ingresado en ella y cuya actuación se sitúa en el marco de la educación compensatoria y atención a la diversidad.

La labor docente pretende asegurar la continuidad del proceso enseñanza-aprendizaje del alumnado y facilitarle la reincorporación al centro escolar tras una situación de crisis y ausencia del mismo. La Unidad de adolescentes UADO ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que la integran.

La introducción del EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión es sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde su puesta en funcionamiento. La Unidad de adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, está ubicada dentro del Servicio de Psiquiatría del Hospital.

Es una concreción de las Aulas Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, pionera en España y modelo para la creación de nuevas unidades en diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país.

Nuestra intervención educativa se llevará a cabo en la misma, por lo que su contextualización nos ocupa el capítulo 6 de nuestro estudio.

Esta intervención con alumnos adolescentes aquejados de TSM cursando enseñanzas obligatorias y no obligatorias, nos va a acercar a su realidad y conociendo sus características , factores de riesgo y protectores, establecer pautas de intervención educativa que mejoren y favorezcan la resiliencia.





## CAPÍTULO 4: RESILIENCIA

---

### 4.1. Resiliencia: un término emergente

Vivimos momentos difíciles, la vida escolar ha cambiado de forma espectacular en las últimas décadas, nuestras aulas son cada vez más ricas y diversas, pero no todos los menores encuentran dentro ni fuera de ellas, las condiciones de protección, cuidados y los modelos educativos y sociales necesarios para llevar a cabo su desarrollo pleno y una educación integral.

La psicología tradicional generalmente ha ignorado la capacidad del ser humano para afrontar las experiencias traumáticas e incluso salir fortalecidos de las mismas. Por el contrario, ha dedicado todo su esfuerzo al estudio de los efectos negativos y patológicos del trauma. Al focalizar la atención en los efectos patológicos de la vivencia traumática, se ha contribuido a crear una “cultura de la victimología” asumiendo así una visión pesimista del ser humano. Pero bien es sabido, que algunas personas son capaces de resistir con una gran fortaleza a las adversidades de la vida e incluso salir psicológicamente indemne o con daños mínimos de esas situaciones.

La psicología positiva es una disciplina que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano. Asimismo, es un modelo más optimista, el cual entiende que la persona es activa y fuerte, con la capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las dificultades que puedan aparecer a lo largo de la vida.

La evidencia de que no todas las personas sometidas a situaciones adversas o que sufren enfermedad, desarrollan conductas negativas, sino que al contrario, superan la situación y salen fortalecidos de ella, ha sido el comienzo en la investigación de este fenómeno al que se denomina actualmente **resiliencia**.

¿Por qué algunos niños a pesar de estar sometidos a situaciones adversas, traumatismos graves y amenazas que afectan a su crecimiento como personas, logran salir adelante y desarrollarse de forma positiva y armoniosa, aunque todo predice una evolución negativa? Esta pregunta ha sido el punto de partida de los estudios sobre

resiliencia y este término está transformando, poco a poco, las prácticas en ciencias sociales y ciencias de la salud.

La resiliencia es un término emergente, iniciado a partir de los años 70 cuando la psicología empírica comenzó a otorgar mayor valor a los aspectos cognitivos y su influencia en el comportamiento.

---

#### 4.1.1. ACERCÁNDONOS AL CONCEPTO

---

Aunque el concepto de resiliencia se remonte hasta el inicio del hombre, puesto que a lo largo de la historia ha sobrevivido, crecido y sometido a la creación, su aparición en las ciencias humanas es reciente, ha surgido desde el mundo anglosajón y francófono. La discusión respecto a este concepto que se inició en la psicopatología, al constatarse, no sin asombro e interés, que algunos niños criados en familias en las que uno o ambos padres eran alcohólicos, o lo habían sido durante el proceso de desarrollo de los hijos, no presentaban carencias, incluso alcanzaban una adecuada calidad de vida.

Desde hace algunos años ha aumentado el interés por conocer a personas que desarrollan competencias (do well) a pesar las condiciones adversas (Osborn, 1990) y ha adquirido especial protagonismo la aplicación en diversos campos científicos del concepto **resiliencia**.

---

##### 4. 1. 1. 1. Precursores de la resiliencia

---

Algunos términos en relación con la capacidad de resistencia del ser humano han sido aplicados con anterioridad y considerados por tanto precursores de la resiliencia. Durante los años 70 tomó importancia el término “invulnerabilidad” el desarrollo de personas sanas en circunstancias insanas. Se aludía a los niños que parecían constitucionalmente fuertes, que no cedían frente a las presiones del estrés y la adversidad.

El uso inicial del término contribuyó a crear una imagen poco acertada de aquellas personas que sobrevivían a entornos destructivos, como si estos sujetos, a raíz de su fortaleza interior, fueran inmunes al estrés. Este concepto puede acarrear cierta confusión e incluso exclusión, al equiparar la vulnerabilidad con debilidad e invulnerabilidad con fortaleza, pudiendo interpretarse que la capacidad de recobrase de una crisis consiste simplemente en atravesarla sin ser tocado siquiera por la experiencia dolorosa.

Las investigaciones sobre el estrés y los mecanismos de superación (Murphy y Moriarty, 1976) dieron origen al concepto de entereza. Examinando la influencia de los hechos estresantes de la vida en una gama de enfermedades físicas y mentales, varios investigadores procuraron identificar los rasgos de personalidad que intervienen en los procesos fisiológicos y permiten a sujetos con un alto nivel de estrés hacer frente a tales acontecimientos en forma adaptativa y sin perder la salud (Holes y Masuda, 1974; Antonosky, 1979).

Otras investigaciones dieron como resultado el concepto de invulnerabilidad, los sujetos podían “resistir” el estrés y la adversidad, considerándola, por tanto, un rasgo intrínseco de la persona. La resiliencia implica que el individuo es afectado por la adversidad y es capaz de superarlo y salir fortalecido de la situación, lo cual supone un proceso que puede ser desarrollado y promovido.

Kobasa et al. (1982) señalan que la capacidad de robustez de las personas tiene una influencia importante en la interpretación subjetiva que los sujetos dan a los acontecimientos de su vida. Señalan que las mediciones llevadas a cabo para evaluar la capacidad de robustez de las personas, se han centrado en estudiar la ausencia de síntomas de desadaptación psicológica, más que en analizar características positivas.

La robustez puede no tener un impacto directo sobre la salud, sino más bien indirecto, afectando a la forma enfrentar los acontecimientos de la vida, y esta actitud sería la que afectaría a su vez a la salud en sentido positivo. Las diferencias individuales que se observan en la reacción a estímulos estresantes son significativas y son una demostración de las influencias que ejercen.

También el concepto de robustez podría ser considerado afín al de resiliencia, se ha definido como una característica de la personalidad que actúa como reforzadora de la

resistencia al estrés. La robustez ha sido definida como una combinación de rasgos personales que tienen carácter adaptativo y que incluyen el sentido de compromiso, del desafío y la oportunidad y que se manifiestan en situaciones difíciles, incluyendo la sensación que algunas personas tienen de ser capaces de ejercer control sobre las propias circunstancias los factores personales, ambientales y la interacción entre ellos.

Anthony (1982) se introdujo en un nuevo campo científico, que desarrollaba su vocabulario, su método de investigación y su población de sujetos, conocida como niños de alto riesgo. El objetivo era la observación del desarrollo del niño de riesgo antes de que apareciesen las patologías, para descubrir como y en que grado moldean su vida los riesgos afrontados, las vulnerabilidades y las inmunidades que aportan estas situaciones, así como las defensas, competencias y capacidades para enfrentarse que se han forjado para sobrevivir psicológicamente. Entonces se introdujo el concepto de vulnerabilidad considerando que los individuos no son iguales ante el riesgo, son vulnerables en distinto grado.

En un intento por clasificar a los individuos acerca de su vulnerabilidad, Anthony (1982) distinguió cuatro categorías de sujetos: hipervulnerables, pseudo vulnerables, invulnerables y no vulnerables.

El concepto de invulnerabilidad parecía implicar una resistencia absoluta al daño, ahora bien, nadie tiene una resistencia absoluta, todos los sujetos tienen límites. El término sugiere que esta resistencia es aplicable a todos los sucesos de riesgo. El concepto parece implicar que la invulnerabilidad es una característica intrínseca del sujeto, a la vez que sugiere la idea de una característica invariable.

Paralelamente al concepto de vulnerabilidad surgió la tendencia opuesta, la de la invulnerabilidad. Por invulnerabilidad se entiende el desarrollo de las personas sanas en unas circunstancias ambientales insanas. Este concepto se caracterizaba por no ser general o absoluto, sino como una inmunidad relativa que no estaba dada exclusivamente por disposiciones genéticas, como tampoco se consideraba la resistencia al estrés una cualidad fija. A pesar de las aclaraciones pertinentes, el concepto de invulnerabilidad comenzó a poseer una serie de connotaciones y significaciones exclusivamente biológicas e inmodificables, que llevó a varios autores a la utilización del nuevo término resiliencia. Este concepto no explica que hace a la persona librarse de las adversidades.

Kobasa y sus colaboradores (1985) apoyándose en teorías sobre la competencia individual, propusieron que las personas que sufren un alto grado de estrés sin enfermar tienen una estructura de personalidad caracterizada por la entereza.

Este término invulnerabilidad, afirma Rutter (1985) se presta a confusión y está equivocado porque la resistencia al estrés es relativa, no es estable en el tiempo, varía según la etapa evolutiva en la que tiene lugar y es variable también dependiendo del estímulo.

Durante años el estudio del ser humano, estuvo enfocado a dar más énfasis a los estados patológicos, y las investigaciones se centraron en las deficiencias o incapacidades, y en descubrir las causas que explicaran las deficiencias, pero muchos interrogantes no se resolvieron con esta visión y los modelos teóricos resultaron insuficientes para explicar algunos porqués de las patologías. En los estudios realizados con niños, además se han utilizado parámetros para adultos, lo que conlleva que tanto a nivel empírico como de investigación, los resultados son cualitativamente diferentes y esta diferenciación no se ha tenido presente en ocasiones y ha dificultado la investigación e intervención infantil (Rutter y Hersov, 1985).

La competencia es una aptitud reconocida, hablar de competencias en el desarrollo, es hablar del niño. Como capacidades potenciales sólo se desarrollan si son reconocidas sino también estimuladas por la interacción constante con los entornos en un clima de afectividad.

Los modelos conceptuales que están en la base de la competencia intentan explicar la naturaleza y las causas de los desarrollos de éxito. Estos modelos analizan cuales son las características que identifican las influencias recíprocas que ocurren entre los sistemas sociales e individuales, que son las que promueven un desarrollo adecuado en los niños. Una forma de buscar explicación a la competencia, consiste en encontrar factores específicos que posibilitan el desarrollo con éxito de personas sometidas a situaciones de alto riesgo.

Los estudios sobre resiliencia han señalado la creciente insistencia en la importancia de adoptar una concepción sistémica. Ya Bolwby (1988) se aproximó al concepto relacional, atendiendo a la influencia de una persona significativa en su relación diádica con el niño.

Garmezy (1990) utilizando el enfoque de competencia ha estudiado la resistencia al estrés, invulnerabilidad y resiliencia, intentando encontrar factores específicos que dan cuenta del desarrollo armonioso de personas en las que podría predecirse resultados deficientes al estar sometidas a situaciones de alto riesgo.

Una forma de aproximación para buscar explicación a la competencia consiste en intentar encontrar factores específicos, que darían cuenta del desarrollo exitoso de personas en las cuales se predecían resultados deficientes, como consecuencia de estar sometidos a situaciones de alto riesgo. Garmezy et al (1990) han descrito utilizando este enfoque para estudiar la resistencia al estrés, invulnerabilidad y resiliencia.

Los conceptos de vulnerabilidad y mecanismo protector definidos por Rutter (1990) como la capacidad de modificar las respuestas que tienen las persona frente a las situaciones de riesgo han sido también precursores del concepto de resiliencia.

La capacidad de competencia es un concepto utilizado para reflejar las buenas habilidades de competencia social que muestran algunos sujetos que les permiten mantener su desarrollo con éxito, sin embargo, otros estudios presentan personas que se comportan de forma competente en situaciones de riesgo, pero pueden llegar a ser vulnerables frente a problemas físicos o mentales (Werner y Smith, 1992)

Las raíces de la resistencia provienen tanto del ambiente como de lo meramente constitucional, el grado de resistencia no es estable, sino variable en el tiempo y de acuerdo a las circunstancias. Así los estudios, teniendo en cuenta sus elementos biológicos y psicológicos y su enfoque epidemiológico han abierto camino a la resiliencia, cuyo interés radica en la prevención de posibles trastornos (Lösel 1994).

Los modelos conceptuales basados en las competencias, a diferencia de los basados en la patología intentan explicar la naturaleza y las causas de los éxitos, tendiendo a ser de naturaleza conductual, enfatizando menos los procesos biológicos subyacentes y tomando cada vez más interés en el estudio de los procesos que están en la base del desarrollo. Estos estudios permiten identificar multitud de potencialidades en cada uno de los niños, posibilitando explicar las diferencias individuales que se observan a través de los patrones de competencia, captando también los tipos de interacciones que se producen entre padres e hijos y el contexto de producción de las mismas.

Se ha estudiado la resistencia al trauma y a sucesos desestabilizadores, la capacidad de enfrentarse (coping) y la adaptabilidad. Esto ha suscitado estudios sistémicos, que han permitido identificar las competencias de niños y adolescentes e insistir en ellas. Estos estudios han ayudado a avanzar en los primeros trabajos sobre resiliencia.

El factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Esto no significa que los factores protectores constituyen experiencias positivas, sino que los procesos de protección y las experiencias positivas y los factores de riesgo por otra, es que los de riesgo llevan al desorden mientras que los de protección tiene efectos en virtud de la interacción con el riesgo.

#### 4.2.- EL CONCEPTO DE RESILIENCIA

---

El concepto de resiliencia ha sido desarrollado principalmente desde dos países distintos y ha adoptado matices diferentes en cada uno de ellos.

Por una parte el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con crecimiento postraumático, al entender la resiliencia como la capacidad no sólo de salir indemne de una experiencia adversa, sino de aprender de ella y mejorar.

Por otra parte el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos que es más restringido, hace referencia exclusivamente al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático. En ambos casos, las dos dimensiones son inseparables del concepto de resiliencia como la resistencia al trauma y la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable.

La resiliencia ha suscitado el interés de investigadores y prácticos redefiniendo el concepto de unos a otros, lo que ha enriquecido y ha dado origen a cada vez más estudios y más conocimiento sobre el mismo. Aunque este concepto como hemos dicho no es nuevo, puesto que el hombre ha sobrevivido, crecido a lo largo de su historia, la aparición del concepto para las ciencias humanas es reciente, y ha surgido desde el mundo anglosajón y francófono.

En español resiliencia, resilience en francés, resilient en inglés, se emplea en física para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de estar sometidos a una presión deformadora.

La resiliencia implica algo más que la mera posibilidad de sobrevivir a un evento negativo, atravesarlo o eludirlo. No todos los que sobreviven a situaciones adversas son resilientes, algunos quedan atrapados en su condición de víctimas, impedidos para crecer debido a la ira y la culpa.

La resiliencia permite a las personas curar bien sus heridas, tomar las riendas de su vida, amar y tener una existencia plena. La resiliencia no sólo debemos activarla durante circunstancias desfavorables, sino que es necesario hacerlo dentro de las condiciones normales de desarrollo como un factor de protección, como un capital psíquico al que poder recurrir en caso de necesidad, de ahí su valor preventivo en educación y su posibilidad de promoción desde el ámbito educativo.

La resiliencia es un concepto más práctico que científico, con un enorme potencial para todos aquellos profesionales que trabajamos con la infancia, desde distintas áreas, permitiéndonos sistematizar y poner en práctica aquello que hacemos de forma cotidiana para el bienestar de nuestros niños. Para la educación el término implica, lo mismo que en física, una dinámica positiva, una capacidad de volver hacia adelante. La resiliencia humana no se limita a resistir, permite la reconstrucción.

La resiliencia intenta promover procesos que relacionen al individuo y su ambiente social, ayudándole a superar la adversidad y el riesgo, adaptarse a la sociedad y tener una mejor calidad de vida.

El enfoque de la resiliencia surge a partir de los esfuerzos por entender las causas y evolución de las psicopatologías. Las primeras investigaciones dieron como resultado el concepto de invulnerabilidad, los sujetos podían “resistir” el estrés y la adversidad, considerándola, por tanto, un rasgo intrínseco de la persona. La resiliencia implica que el individuo es afectado por la adversidad y es capaz de superarlo y salir fortalecido de la situación, lo cual supone un proceso que puede ser desarrollado y promovido.

El año 1991 en Lesotho, se llevó a cabo por primera vez un seminario sobre el tema de la resiliencia, organizado por la Fundación Bernard van Leer, una ONG que



desde hacía tiempo se había dedicado a investigar acerca de este concepto. BICE (Bureau International Catholique de l'Enfance) destina parte de sus esfuerzos a investigar en esta línea.

En 1992, Lösel presenta los resultados de sus investigaciones, siendo el término resiliencia adoptado por la Fundación como tema de trabajo posterior y lo incorpora a programas de ayuda social en Centroamérica, y comienza a aplicarse como concepto orientador de trabajos posteriores fuera del mundo anglosajón.

El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

La resiliencia ha suscitado el interés de investigadores y prácticos redefiniendo el concepto de unos a otros, lo que ha enriquecido y ha dado origen a cada vez más estudios y más conocimiento sobre el mismo.

Un grupo de investigadores, Luthar y Cushing (1991), Masten (1999), Kaplan (1999) y Benard (1999) entienden la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad. La mayoría de los investigadores pertenecientes a esta generación podrían adscribirse al modelo ecológico-transaccional de resiliencia que tiene sus bases en el modelo ecológico de Bronnfennbrener (1979).

La perspectiva que guía el modelo ecológico transaccional de resiliencia es que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles, individual, familiar, social y cultural, que interactúan entre sí ejerciendo una influencia directa en el desarrollo humano, descifrar estos procesos dinámicos de interacción entre los diferentes niveles del modelo ecológico nos ayuda a comprender mejor el proceso de resiliencia. El desafío que se plantean los investigadores es precisamente la identificación de los procesos que están en la base de la adaptación resiliente que permitirán avanzar en la teoría y en la investigación en resiliencia, además de permitir diseñar estrategias dirigidas a promover la resiliencia y mejorar la calidad de vida.

A continuación, se exponen algunas de las definiciones que, desde este campo,

han desarrollado diversos autores en torno a este concepto:

- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Werner y Smith, 1982; Masten y Garmezy, 1985; Luthar y Zingler, 1991; Werner y Smith, 1992).
- Rutter, (1987) pionero en la investigación sostiene que la resiliencia es un proceso que no elimina los riesgos y las condiciones adversas de vida, sino que permite al individuo manejarlos de modo efectivo.
- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blienoser y Köferl en Brambing et al., 1989).
- Tres fueron los campos de estudios que distinguieron Masten, Best y Gramezy (1990) en el estudio del concepto de resiliencia:

1. - Desarrollarse en un ambiente positivo a pesar de la experiencia de un ambiente de alto riesgo, como por ejemplo, la pobreza, la inestabilidad familiar, las conductas adictivas de los padres, nivel socioeconómico bajo. En estos estudios demostraron que cuantas más dificultades acumula una persona, mayor es el riesgo de disfunción.

2. - Otro campo de estudio es la resistencia al estrés, cuyos estudios tienen en cuenta las estrategias de ajuste eficaces de cada individuo mediante actividades que incluyen la acción y el pensamiento, afirmando que el individuo debe adaptarse a las situaciones estresantes, y para ello debe evaluar el acontecimiento y posteriormente aplicar las estrategias adecuadas.

3. - El tercer campo de estudio se refiere a los traumas en sí *mismos*. Aunque varios autores consideran que cada acontecimiento es vivido de manera distinta según la persona y el periodo de desarrollo en el que sucede, parece que algunos acontecimientos son traumáticos en sí mismos, como el maltrato o el incesto.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano.

Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo (Rutter, 1992) entre éstos y su medio.

- Bowlby (1992) insistiendo en el papel del apego en la génesis de la resiliencia la definió como un resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir.
- Egeland, Carlson, Sroufe, (1993) se refieren al desarrollo de competencias individuales a pesar de la adversidad.
- Egeland et al. (1993) la definen como la capacidad que se desarrolla a lo largo del tiempo en el contexto de las interacciones entre el sujeto y el ambiente, por lo que es una habilidad para utilizar recursos internos y externos por parte del sujeto que llevan a una resolución adecuada de las diferentes tareas de desarrollo.
- Goodyer (1995) afirma que se admite que hay resiliencia cuando un niño muestra reacciones moderadas y aceptables si el ambiente le somete a estímulos considerados nocivos.
- Para Suárez, (1995) la resiliencia sugiere una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos.
- Por su parte, Suárez Ojeda y Kraukf (1995) refieren que la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.
- Grotberg (1995) formuló la noción dinámica de la resiliencia, que requiere la interacción de factores resilientes provenientes de tres niveles diferentes: Soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy/yo estoy).
- Kreisler (1996) se refiere al concepto de resiliencia como la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades

metales, de conducta y adaptación, poniendo el énfasis en los recursos personales.

- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo (Rutter, 1992) entre éstos y su medio.
- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños (Osborn, 1993).
- Milgran y Palti (1993) definen a los niños resilientes como aquellos que se enfrentan bien [cope well] a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida.
- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. ICCB,(1994)
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994). Según este autor, el concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.
- Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Grotberg, 1995).
- La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida (Suárez, 1995).
- Para Osborn (1996) es concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y

un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños cuando sean muy pequeños.

- La resiliencia surgiría de la interacción entre los factores personales y sociales y se manifiesta de manera específica en cada individuo. Estas diferencias individuales serían producto del procesamiento interno del ambiente, como afirman Kotliarenko, Dueñas, Cáceres (1997).
- La capacidad que tienen niños adultos y familias para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que los rodean, para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual (Hernández, 1998)
- Luthar y Cushing (1999) afirman que el riesgo y la competencia son los dos elementos decisivos de la construcción de la resiliencia.
- Cyrulnik (1999) afirma que la resiliencia no es un cualidad fija, cambia según el momento, las circunstancias y lo acontecimientos que son siempre distintos, pues se suceden en momentos diversos y en construcciones psíquicas diferentes.
- Luthar, Cicchetti & Becker, (2000), describen la resiliencia como un proceso dinámico que lleva a la adaptación positiva dentro de un contexto de significativa adversidad.
- La resiliencia es “un concepto fácil de entender pero difícil de definir, e imposible de ser medido o calculado exhaustivamente” como señala Rodríguez (2001).
- Vanistendael (2002) afirma que la resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos poniendo el énfasis en la capacidad de mantener un nivel de adaptabilidad adecuada.
- La resiliencia es un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual el sujeto se cuela en un contexto afectivo, social y cultural. Es el arte de navegar en los torrentes (Cyrulnik, 2002).
- Para Vanistendael y Lecomte, (2002). La resiliencia distingue dos componentes: La resistencia frente a la destrucción, es decir la capacidad para proteger la propia integridad bajo presión y más allá de la resistencia y la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles .

- Infante (2003) resalta la caracterización de la resiliencia como un proceso que puede ser promovido y cuyos resultados no serán homogéneos ni estables en todos los ámbitos del desarrollo, por lo tanto no es una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de las circunstancias.
- Manciaux (2003) propone la resiliencia como la capacidad de una persona o un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Esta incorporación del grupo, nos proporciona la fundamentación del concepto en las realidades educativas, terapéuticas y sociales.
- Rutter (2007) la define como un **proceso**, no una característica o rasgo personal, sino un estado de adaptación de éxito que puede darse en una misma persona no necesariamente frente a todo tipo de riesgos, ni en todas las áreas del desarrollo.
- De toda esta amplia variedad de concepciones acerca de la resiliencia resulta difícil para los investigadores proponer una definición única, sin embargo, a partir de la experiencia en investigación se llega a definirla como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico en el sentido de que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permiten al niño y adolescente una construcción sana de su desarrollo y de un ajuste social positivo al entorno como afirma González Arratia, (2007).
- Podemos entender la resiliencia como aquella capacidad de la persona para reaccionar y recuperarse de las adversidades, afrontarlas, resistirlas, sacar fuerza, no derrumbarse a pesar de las situaciones difíciles, en un proceso de adaptación con éxito y de transformación personal que le permita salir airoso de la situación a pesar de los riesgos y de la propia adversidad. ( yo).

La resiliencia se manifiesta como un proceso de acción sistémica en el que intervienen diferentes factores para promover el desarrollo integral del adolescente , a pesar de sus condiciones de vida difíciles.

La resiliencia es un continuo, es un proceso que refuerza las opciones y oportunidades de las personas mediante la aplicación de sus capacidades y recursos internos para enfrentarse a situaciones de riesgo, o que pongan en peligro su desarrollo, superarlas, mejorar su calidad de vida y hacer posible sus proyectos de futuro.

La vida humana es un proyecto de futuro no determinado ni definido en su totalidad por algo o alguien ajeno al sujeto que la vive. El sentido se construye en nosotros, a través de nuestro pasado y de nuestro futuro, con la historia y con los sueños, pero si la cultura no pone a nuestro alrededor lazos afectivos que nos emocionen y nos permitan componer los recuerdos, la privación de afecto y la pérdida de sentido nos dejan solos.

---

#### 4.2.1 Análisis de definiciones

---

El concepto de resiliencia como capacidad universal individual dió paso a un concepto más procesual. Se empieza a ampliar el concepto aportándole un sentido más amplio a la promoción de la resiliencia, no solo del sujeto, también al sistema social que puede afrontar adecuadamente las dificultades y comportarse de una forma socialmente aceptable.

Las diferentes definiciones enfatizan las características del sujeto resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial, habilidades cognitivas, desplegadas frente a situaciones adversas estresantes que le permitan atravesarlas y superarlas.

En las diferentes definiciones se destacan dos elementos esenciales, que se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano, y estos procesos tienen lugar a través del tiempo, en interacción del sujeto con su ambiente familiar social y cultural. De este modo la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que nacen los niños, ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio.

No se nace resiliente, ni se adquiere de forma natural en el desarrollo, depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos

responsables de la construcción del sistema psíquico humano, y ahí están los maestros responsables de promocionar la resiliencia en nuestros menores. Es sorprendente ver cuantos niños llegan a desarrollar una resiliencia en situaciones difíciles, como es el divorcio de sus padres, situación frecuentemente de riesgo y de dolor, momento en el que el niño debe superar muchos desafíos y la mayor parte de ellos salen airoso. Parece como si el estudio del riesgo y los efectos negativos hubieran cerrado nuestros ojos a la realidad de la resiliencia.

Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva. La resiliencia se manifiesta como un proceso de acción sistémica en el que intervienen diferentes factores para promover el desarrollo integral del niño, a pesar de sus condiciones de vida difíciles.

La resiliencia es un continuo que refuerza las opciones y oportunidades de las personas mediante la aplicación de sus capacidades y recursos internos para enfrentarse a situaciones de riesgo, o que pongan en peligro su desarrollo, superarlas, mejorar su calidad de vida y hacer posible sus proyectos de futuro. La vida humana es un proyecto de futuro no determinado ni definido en su totalidad por algo o alguien ajeno al sujeto que la vive. El sentido se construye en nosotros, a través de nuestro pasado y de nuestro futuro, con la historia y con los sueños, pero si la cultura no pone a nuestro alrededor lazos afectivos que nos emocionen y nos permitan componer los recuerdos, la privación de afecto y la pérdida de sentido nos dejan solos.

Es sorprendente ver cuantos niños llegan a desarrollar una resiliencia en situaciones difíciles, como es el divorcio de sus padres, situación frecuentemente de riesgo y de dolor, momento en el que el niño debe superar muchos desafíos y la mayor parte de ellos salen airoso. Parece como si el estudio del riesgo y los efectos negativos hubieran cerrado nuestros ojos a la realidad de la resiliencia.

Las investigaciones en resiliencia han cambiado la percepción del ser humano, pasando de un modelo centrado en el riesgo, a un modelo de prevención basado en las potencialidades y en los recursos que el ser humano posee en sí mismo y en su relación con el entorno.



Los puntos de mira de la propia psicología y pedagogía están cambiando, empezando a interesarse por los aspectos emocionales, como la felicidad y por conceptos como el bienestar subjetivo, la satisfacción, la alegría, la esperanza, el optimismo, y aquellas experiencias que resultan difíciles de evaluar y que se encuentran en el terreno subjetivo.

#### 4.3. - ESTADO DE LA CUESTIÓN EN INVESTIGACIÓN EN RESILIENCIA

---

La investigación sobre resiliencia, las tareas y estrategias de ayuda que surgen de ella, ofrece una perspectiva más positiva acerca de la escuela en el futuro. La resiliencia brinda esperanzas acerca de que las personas que experimentan traumas y riesgos pueden sobreponerse a ellos, utilizando sus propios recursos y potenciando sus puntos fuertes, no creando la tendencia a considerar lo patológico de las situaciones.

La resiliencia brinda una apertura de miras en los docentes para que su actividad educative se centre en las potencialidades reales de las personas más que en sus déficits, es decir, que se centren en el análisis de las conductas individuales desde la fortaleza que da el refuerzo de las capacidades individuales como el camino que nos acerca a la promoción de la resiliencia.

Este modelo de resiliencia requiere un cambio de perspectiva en los docentes, centrándose en la adquisición de competencias, facultades y eficacias individuales. Benard (1991) considera que todo individuo tiene capacidad para la resiliencia que debe ser reconocida y su proceso de adquisición es en realidad el proceso de la vida. Werner y Smith (1992) sostienen que todos necesitamos una lente rectificadora, que permita ver las tendencias autocorrectivas que mueven a los niños hacia un desarrollo adulto normal en todas las circunstancias, incluso en las más adversas.

Este modelo de resiliencia nos lanza dos mensajes importantes para nuestra tarea educadora:

- la adversidad no conduce a la disfunción de manera automática, sino que puede tener diversos resultados
- una situación disfuncional inicial puede mejorar y cambiar con el tiempo,

Dos mensajes importantes para la educación y para la escuela como el ámbito preventivo y de intervención en situaciones de riesgo.

Descubrir en las personas con conductas disfuncionales sus puntos más fuertes y sacar a la luz el potencial psíquico que le permita salir airoso de la situación y reintegrarse en la que lo podríamos denominar una zona de bienestar personal, es fundamental desencadenar el proceso de resiliencia.

Para desencadenar el proceso de resiliencia es fundamental contar con el ambiente ya que los factores protectores internos suelen ser el resultado de determinadas condiciones ambientales que contribuyen a contrarrestar las respuestas negativas, y ese ambiente puede ser encontrado en la escuela y el docente que conoce y quiere enseñar desde este paradigma.

Los estudios sobre resiliencia demuestran el papel central de la familia en la protección psicológica del niño ante la adversidad. Uno de los factores que más frecuentemente aparecen en los estudios sobre resiliencia, es la presencia de al menos un progenitor que apoya y es afectuoso con el niño, también la cohesión entre los miembros de la familia es otro de esos factores (Garmezy, 1993).

Una reacción adecuada de los padres en sucesos traumáticos y la ausencia de psicopatologías tras estos sucesos, tiene un papel importante en la prevención de síntomas de angustia en el niño. La reacción de un niño ante una situación de estrés intenso podrían determinarla no solo procesos intrapsíquicos, sino también las fuerzas que hay en el sistema social familiar al que pertenece (Eldebourg, 1993)

Varios estudios señalan el importante papel que tiene la presencia de un adulto significativo que influye en el desarrollo del niño. Caplan (1993) sostiene que el factor más importante en la gestión del estrés, es la calidad del apoyo afectivo que la red social da al niño para afrontarlo. El centro educativo es otra fuente básica de apoyo y seguridad al niño, incluso a veces, la única. Los profesores y la comunidad educativa son modelos adultos con cualidades positivas y de apoyo, que en ocasiones no existen en la familia o en el barrio. La escuela es una de las instituciones más presentes y constantes en la vida del niño, siendo la unidad de socialización secundaria en las sociedades occidentales.

Brindan esperanzas a las personas que sufren estrés, traumas o riesgos en su vida, que no están predeterminadas a sus consecuencias ya que pueden superarlas alentando a los docentes a focalizar la atención en las fortalezas más que en las debilidades, confirmando la potencialidad de las fortalezas para alcanzar la resiliencia, y aportan pistas acerca de la importancia de las instituciones educativas para construir y promover la resiliencia Henderson, N. y Milstein, M. ( 2003) es uno de nuestros objetivos.

---

#### 4.4. - TIPOS DE RESILIENCIAS

---

Al analizar el concepto de resiliencia en la literatura sobre el tema, podemos percibirlo como un concepto en construcción y de origen reciente. La mayoría de los autores hacen referencia no sólo a individuos, también a grupos familiares y comunitarios

En lo individual se acentúan los rasgos positivos: capacidad de amar y comprometerse, valentía, competencia interpersonales, sensibilidad estética perseverancia, perdón, originalidad, espiritualidad, sabiduría, sentido del humor.

En cuanto al grupo se recuperan las virtudes cívicas e institucionales que hacen evolucionar al individuo hacia una responsabilidad ciudadana, la educación, el altruismo, la moderación, la tolerancia, la ética profesional. Desarrollar a cualquier edad la autoestima, el conocimiento y posibilidades de cada uno, la responsabilidad, la reparación de daños y sufrimientos causados, es abonar el terreno para el surgir de la resiliencia. Si se nutre de esta nueva reorientación del pensamiento y la acción, contribuiremos a que los profesionales y la sociedad miren a las personas, las familias y los grupos humanos en situaciones de dificultad desde un corriente de solidaridad social y humanitaria que promueva este cambio.

- **Resiliencia Individual** → un individuo, en su carácter personal sobrepasando un hecho traumático, aunque mantenga algún recuerdo, queda fortalecido.
- **Resiliencia Familiar** → capacidad de una familia de superar un reto traumático como una unidad, utilizando todas las bases en las que forjaron su familia (afección, religión, disciplina, comunicación)

- **Resiliencia Social o Comunitaria** → participa el círculo social cercano a la persona o grupo que ha vive el evento estresante.

La resiliencia grupal es la combinación de una capacidad innata de resistir la destrucción, tanto en personas individuales como en sistemas sociales, complementada por la habilidad de aprender de lo sucedido y buscar, conjuntamente, como convertir la crisis en oportunidad para el crecimiento. Es una serie de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un medio insano.

Un enfoque de resiliencia familiar intenta identificar los procesos interaccionales que permiten a las familias salir airoas de los desafíos que les toca vivir. Las familias en dificultades dejan de ser vistas como instituciones dañadas y se empieza a verlas como capaces de reafirmar sus capacidades y potencialidades de crecimiento y superación. (Walsh, 2004).

Patterson ( 1983) afirma que los factores estresantes afectan a los niños, solo en tanto y en cuanto interrumpen los procesos decisivos de la familia. El modo como la familia enfrente y maneje la situación , se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida influirá en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma.(Walsh, 2004)

Resiliencia comunitaria. En la memoria histórica de los pueblos del mundo, las catástrofes naturales, la geografía adversa, la esclavitud, el autoritarismo, la corrupción, la pobreza y la injusticia, la barbarie, la persecución, el terror, la tortura, las guerras, el desarraigo que rompe culturas y sueños de desarrollo colectivos, han estado presentes por siglos.

La adversidad histórica vuelve al individuo desconfiado, inseguro, con una autoestima muy baja, y un superyó severo y crítico, que paraliza; la autoridad, la represión social o económica y/o la sobreprotección parental, se han impuesto, y la tendencia a culpar a otros de lo que nos pasa, se ha vuelto una costumbre muy arraigada, con una visión microsocial de la vida que afecta al nivel macrosocial. (Melillo, et al, 2004)

Sin embargo, hemos visto a esos pueblos levantarse, romper el círculo vicioso del sufrimiento permanente, el aislamiento, unirse para luchar por sus intereses comunes, por la reivindicación de los derechos humanos, y por la recuperación de sus capacidades

de reconstrucción, y su afán por perpetuarse y reconstruir su cultura.

La resiliencia comunitaria debe ser considerada como uno de los fundamentos nutrientes de la resiliencia familiar y de la resiliencia individual. (Suarez, Melillo, 2001)

---

#### 4.5. MODELOS PARA ENTENDER LA RESILIENCIA

---

Existen diferentes maneras de entender la resiliencia y diferentes enfoques para promoverla.

Por una parte encontramos el modelo anglosajón, llamado también enfoque psicobiológico de la resiliencia, que da importancia a la interacción persona-ambiente y a las diferentes formas en que las personas responden ante las amenazas del medio. Este enfoque ha derivado dos generaciones de investigaciones: Una generación de genetistas e individualistas que orientaron sus estudios partiendo de la pregunta acerca de qué distingue a los niños que, pese a la adversidad, se adaptan positivamente, destacado en esta línea de investigación a Werner y Smith, (1989) que organizaron las cualidades personales consideradas como factores resilientes por tres niveles: atributos individuales, características familiares y condiciones sociales y ambientales.

Otra generación de investigadores que orientó sus trabajos acerca de la cuáles son los procesos asociados a la adaptación positiva dada la adversidad. Este enfoque distingue de manera especial a Rutter, (1993) que centra su atención en la identificación de los mecanismos protectores en lugar de en los factores protectores o de riesgo.

A partir de ese momento, los estudios ya no se dirigen hacia la identificación de factores de riesgo o de protección, sino hacia identificar los mecanismos de protección como contraposición a los factores de riesgo, sino la dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad en cada situación específica. Grotberg, (1995) que concibe la resiliencia como la interacción entre factores de soporte social (yo tengo), habilidades personales (yo puedo) y fortalezas personales (yo soy), a Bernard (1996), Luthar y Cushing, (1999) y Masten y Kaplan (1999); que consideran el desarrollo humano como una consecuencia de la interacción entre los factores individuales y los entornos familiar, social y cultural.

En esta interacción, lo que cuenta para el desarrollo es la percepción que se tenga del ambiente, más que su experiencia como una realidad objetiva. En conclusión, estos estudios sobre resiliencia dan gran importancia a la identificación de los mecanismos protectores en los distintos ambientes donde tiene lugar el desarrollo del niño (Ospina, Jaramillo, Uribe, 2005)

El modelo europeo, enfoque que da prioridad a la teoría del vínculo. Los principales representantes son Tomkiewicz, (1999) y Cyrulnik, Manciaux, Vanistendael, (2003) entre otros, que consideran las teorías del vínculo y se centran en aspectos psicológicos, como la relación entre el sujeto, su comportamiento y el medio. Este modelo considera que en la construcción de respuestas resilientes están determinadas por los factores individuales y culturales que determinan la manera de ver el mundo y las experiencias traumáticas.

Además, para los europeos es más importante trabajar con la persona, principalmente con el niño que se encuentra en situación de riesgo, que modificando el ambiente enriqueciéndolo con mecanismos protectores. Por lo que, introdujeron el concepto de tutor de resiliencia para referirse a los profesionales que facilitan a sus pacientes tener una visión optimista y optimizante de su situación ( Ospina, Jaramillo, Uribe, 2005)

El modelo latinoamericano, enfoque que da prioridad a la comunidad por lo que la resiliencia es comunitaria, entienden el proceso salud-enfermedad como una situación colectiva causada por la estructura de la sociedad y por los atributos del proceso social. De este modo, se modifica el objeto de estudio y la postura del observador. Así, se considera que las comunidades resilientes cuentan con un muro protector surgido de sus propias condiciones y valores, que les permite transformar los eventos negativos y construir sobre ellos. Este enfoque cuenta con unos pilares fundamentales como la autoestima colectiva, identidad cultural, humor social y honestidad colectiva. Éstos deben complementarse con la capacidad de liderazgos participativos, una democracia efectiva en la toma de decisiones y una sociedad en la que no exista la discriminación. (Ospina, Jaramillo, Uribe, 2005)

En general, pertenezcan a uno u otro enfoque y se diferencien en la conceptualización de la resiliencia o en como intervenir para fomentarla, todos

participan en la observación de aquellas condiciones que posibilitan a los individuos seguir adelante y desarrollarse adecuadamente tras una adversidad.

---

#### 4. 6. ENFOQUE DE RESILIENCIA

---

La discusión respecto al concepto de resiliencia se inició en la psicopatología, al constatar, que algunos niños criados en familias en las que uno o ambos padres eran alcohólicos, o lo habían sido durante el proceso de desarrollo de los hijos, no presentaban carencias, incluso alcanzaban una adecuada calidad de vida (Werner, y Smith, 1989)

La resiliencia parte de la premisa que nacer en ambientes psicológicamente insanos, que dificulten el normal desarrollo del ser humano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Pero en lugar de centrar la atención en las redes o sistemas que mantienen las situaciones adversas, la resiliencia centra su atención en la observación de aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

El enfoque de la resiliencia surge a partir de los esfuerzos por entender las causas y evolución de las psicopatologías. Las primeras investigaciones dieron como resultado el concepto de invulnerabilidad, los sujetos podían resistir el estrés y la adversidad, considerándola, por tanto, un rasgo intrínseco de la persona. .

La resiliencia implica que el individuo es afectado por la adversidad y es capaz de superarlo y salir fortalecido de la situación, lo cual supone un proceso que puede ser desarrollado y promovido.

Werner (1989) plantea que la resiliencia resulta de un gran interés en tanto que a partir de su conocimiento, es posible diseñar políticas de intervención. La intervención puede ser planteada como un intento de alterar el presente de las personas, bien disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés o reforzando los factores protectores que puedan estar presentes en una situación dada y también promoviendo recursos que nos permitan intervenir en sus condiciones de vida.

Este nuevo modelo de pensamiento, el enfoque de la resiliencia, ya está surgiendo con fuerza y nos propone una nueva forma de prevención alternativa, nos invita a una reconciliación con el ser humano, a reconocer al otro, a entender una nueva

forma de intervenir en educación y en otros campos disciplinares, en los que el ser humano y sus capacidades priman por encima de cualquier otro interés. (Cyrulnik, 2004)

El enfoque de resiliencia es aquel que describe la existencia de recursos protectores contra los daños o riesgos, atenuando sus efectos y transformándolos en factores de superación de las situaciones difíciles. (Munist, 1998)

Este modelo modifica las concepciones que sobre la investigación y la práctica profesional sostienen otros enfoques basados en las deficiencias, en la incapacidad y en el determinismo, para desde esta perspectiva centrar nuestra atención en las fortalezas, capacidades y éxitos. La resiliencia no ve a las personas en dificultad como seres dañados, los reconoce como personas que se encuentran ante un desafío, con capacidad para reafirmar sus potencialidades de reparación y crecimiento. (Munist, 1998)

Este enfoque se fundamenta en la convicción de que la fortaleza individual puede conseguirse. Se fundamenta en el convencimiento de la fortaleza individual para acometer situaciones difíciles, convirtiendo a la resiliencia en un concepto importante dentro de la teoría de la investigación del desarrollo humano y de la salud. (Masten y Garmezy, 1999)

Este modelo consiste en reconocer que todos los seres humanos somos vulnerables ante la fuerza de un evento negativo, que en sí mismo puede causar daño, pero también reconoce que todos poseemos un escudo protector contra la adversidad, que es nuestra capacidad de resiliencia. (Grotberg, 1996)

Según Wolin, (1999) este modelo modifica considerablemente la actitud mental, la forma de ver y pensar respecto a los niños y los adolescentes, porque centra su atención y su esfuerzo en identificar y fortalecer los factores protectores.

Una actitud mental basada en este modelo permite reconocer en los niños y adolescentes la capacidad de ayudarse a sí mismos y convertir al profesional de la enseñanza en un apoyo, un guía, en una compañía eficaz para que con su esfuerzo puedan salir adelante. Esa actitud mental se basa en la confianza, que les motiva para actuar en beneficio propio, permitiéndoles llenarse de esperanza y tener expectativas altas en relación con el proceso de recuperación y aprendizaje. (Munist, y Suarez, 2004)



La expectativa de superación y confianza, puede producir, como ya se ha comprobado en múltiples investigaciones, el efecto Pigmalión, es decir, que cuando un adulto cree que un niño es capaz de logros, es probable que alcance el éxito en su tarea, y si le considera incapaz puede fracasar independientemente que su percepción de la capacidad o no del niño/a sea real. Se da el efecto de la profecía que se cumple. Esta situación se produce de esta manera porque se ponen en marcha diferentes mecanismos. (Bouvier, 2002)

La percepción de su capacidad y de sus posibilidades suele ser transmitida y captada por el niño influyendo en su autoconcepto, interiorizando el "yo no puedo", lo que suele dar lugar interesarse por la tarea o enfrentarse a ella con mucha motivación realizando esfuerzos que le ayuden a alcanzar el éxito. Las expectativas positivas actúan como una consecuencia, se ajustan a las características de los alumnos, permitiendo adaptar las circunstancias a dichas características (Brophy y Good, 1974)

El enfoque de resiliencia entiende el desarrollo humano dentro de un contexto específico, para comprender el proceso es necesario considerar el entorno físico y social, la etapa evolutiva y la cultura del individuo. El desarrollo tiene lugar en las interacciones activas entre el niño, su familia, la escuela, la comunidad y la cultura en la que vive y su estudio sigue el modelo transaccional derivado del ecológico-sistémico de Bronfennbrenner (1987), teniendo en cuenta las tareas correspondientes a cada etapa del desarrollo.

Las investigaciones en resiliencia (Rutter, 1990; Wolin, 1992; Grotberg, 1992; Munist, 1993; Kotliarenko, 1995; Suarez, 1995) han cambiado la forma de mirar al ser humano, de un modelo de riesgo basado en las necesidades y la enfermedad, se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las potencialidades y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.

El modelo de resiliencia ha cambiado la naturaleza de los marcos conceptuales, las metas, las estrategias y las evaluaciones (Masten, 2001). En las metas de intervención se incluyen la promoción de la adaptación positiva al mismo tiempo que previenen problemas específicos. Las estrategias buscan promover aspectos positivos de la ecología del individuo además de reducir el riesgo o las fuentes de estrés, promover procesos de desarrollo humano además de tratar la enfermedad o la situación

de estrés. Esto implica una transformación de la conceptualización de la prevención y la intervención.

Algunos autores como Infante (2001) consideran que el enfoque de resiliencia es un cambio de paradigma epistemológico, al pensar en el individuo como agente de su propia ecología y adaptación social.

Ya conocemos la premisa del enfoque de resiliencia que desarrollarse en ambientes adversos, son condiciones de riesgo para la salud física y mental de las personas, pero en lugar de centrar la atención en las redes o sistemas que mantienen las situaciones adversas, la resiliencia centra su atención en observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo. El desarrollo sólo es posible en la interacción con los otros. Luthar y Cushing (1991), Masten (1999), Kaplan (1999) y Benard (1999) entendiendo la resiliencia como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo, interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a la adversidad. Estos autores podrían adscribirse al modelo ecológico transaccional de resiliencia, el cual tiene sus bases en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979).

El modelo ecológico entiende que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles, que interactúan entre si ejerciendo una influencia directa en su desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son: individual, familiar, social y cultural. Al descifrar estos procesos dinámicos de interacción entre los diferentes niveles del modelo ecológico se comprenderá mejor el proceso de resiliencia. Identificar los procesos que están en la base de la adaptación resiliente será lo que permitirán avanzar para diseñar de estrategias dirigidas a promover resiliencia y la calidad de vida.

---

#### 4.6.1.FACTORES PROTECTORES

---

Los factores protectores: se refieren a las influencias que modifican mejorando la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo.

Manifiestan su efecto ante la presencia de un estresor, y modifican la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable.

Facilitan el logro o fortalecimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las interacciones del ambiente familiar, escolar y en las instituciones de la comunidad, la escuela, el trabajo, las asociaciones formales o informales, etc.

Los factores protectores incluyen, tanto características del individuo como del ambiente que mejoran una respuesta de la persona ante factores constitucionales de riesgo o eventos vitales estresantes (Masten and Garmezy, 1985)

Rutter (1990) sostiene que la resiliencia alude a las diferencias individuales que muestran tener las personas entre sí, al estar enfrentadas a situaciones de riesgo. Es así como las experiencias que provoca una misma variable, pueden ser percibidas de forma diferente por distintas personas. Un estilo parental autoritario puede constituir para algunas familias una variable de riesgo y en otras no serlo. Para que el concepto de resiliencia tenga sentido, debe referirse a las respuestas que muestran las personas enfrentadas a ciertas dosis de riesgo

Según Werner (1993b) los factores protectores operarían a través de tres mecanismos diferentes:

Modelo compensatorio: los factores estresantes y los atributos individuales se combinan en la predicción de una consecuencia y el estrés severo puede ser contrarrestado por cualidades personales o por fuentes de apoyo.

Modelo de desafío: el estrés es tratado como un potencial estimulador de competencia

Modelo de inmunidad: hay una relación condicional entre estresores y factores protectores.

Tales factores modulan el impacto del estrés en calidad de adaptación, pero pueden tener efectos no detectables en ausencia de estresores.

Garmezy (1984) propone dos categorías para clasificar los factores protectores, Factores personales (constitucionales y psicológicos) y

Factores ambientales (familiares y sistemas externos de apoyo)

Estos se constituyen como moderadores en las situaciones de adversidad, incluyen tanto recursos personales como sociales.

- Recursos personales: autonomía, capacidad empática, orientación a la tarea y factores del temperamento. Este último, es el único que se trae al nacer y que no es aprendido. Dentro de estos, encontramos rasgos o características que hacen que un niño o adolescente sea más vulnerable, por ejemplo, irregularidad de los ritmos biológicos, baja adaptabilidad, humor negativo y reacciones intensas.
- Entre los recursos sociales de los que dispone el niño o adolescente tenemos: ambiente cálido, madres (sustitutas) sustentadoras, comunicación abierta al interior de la familia, estructura sin disfuncionalidad importante y buena relaciones con los pares (Bertrán, Noemí, Romero; 1998).

De acuerdo a esta clasificación, haremos una descripción de los factores protectores que se mencionan en la literatura relacionada con resiliencia:

#### **a.- Factores protectores personales:**

##### **Atributos personales**

- Género: sexo femenino. Niños de sexo masculino serían más vulnerables a la permanencia diaria en jardines infantiles (Luthar y Zigler, 1991). Y tendrían una mayor probabilidad de desarrollar perturbaciones emocionales y conductuales al ser expuestos a situaciones de discordia familiar (Rutter, 1990; Osborn, 1990).
- Mayor desarrollo cognitivo-emocional al momento del trauma (Rutter, 1990).
- Ritmo fisiológico estable (ciclos de sueño-vigilia, alimentación control de esfínteres).
- (Werner, 1989; Block y Block, 1980 en Luthar y Zigler, 1991; Kotliarenko, 1995).
- Temperamento fácil, es decir, un temperamento que incita respuestas positivas por del medio (Werner, 1989; O' Dougherty y Wright, 1990; Rutter, 1985; Losel, 1994) niños con baja respuesta a los estímulos (Werner, 1989) y alto grado de acercamiento o responsabilidad a estímulos nuevos (Wertlieb, 1989 en Luthar y Zigler, 1991; Werner,

1989).

- -Mayor C.I. verbal y matemático (Kotliarenco, 1995)

### **Atributos psicológicos.**

- Habilidades de enfrentamiento caracterizadas por: orientación hacia las tareas, destrezas efectivas en resolución de problemas, menor tendencia a la evasión de problemas, y menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles. (Kotliarenco, 1995; Parker et al., 1990 en Luthar y Zigler, 1991; Rutter, 1985; Losel, 1994; Werner, 1989).
- Habilidades intelectuales (Garmezy et al., 1984; Masten et al., 1990; Kotliarenco, 1995; Rutter, 1985): mayor sentimiento de autoeficacia y motivación de logro (Werner, 1989; Kotliarenco, 1995, Losel, 1994; Rutter, 1990).
- Humor positivo (Masten, 1982 en Luthar y Zigler, 1991; Kotliarenco, 1995).
- Mayor autoestima (Kotliarenco, 1995; Masten et al., 1990; Losel, 1994; Rutter, 1985)
- Locus de control interno (Parker, et al., en Luthar y Zigler, 1991; Kotliarenco, 1995; Losel, 1994).
- Mayor empatía y conciencia interpersonal (Parker, et al., en Luthar y Zigler, 1991; Pellegrini, 1980 en Luthar y Zigler, 1991).
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza (Kotliarenco, 1995).
- Mayor autonomía e independencia (Kotliarenco, 1995)

### **b.- Factores protectores ambientales:**

#### **Factores protectores familiares.**

- Alto nivel socio-económico (Garmezy et al., 1984; Masten et al., 1990; Osborn, 1990).
- Ambiente familiar afectivo, cálido y sin discordia (Block, 1971 en Luthar y Zigler, 1991; Kotliarenco, 1995; Rutter, 1990a).
- Una buena relación emocional estable con al menos un padre u otro adulto sustituto (Losel, 1994; Rutter, 1990 a; Kotliarenco, 1995; Werner, 1989).
- Comunicación abierta en el interior de la familia (Kotliarenco, 1995).

- Estructura familiar sin disfuncionalidades importantes (Kotliarenco, 1995; Masten et al., 1990).
- Padres estimuladores (Kotliarenco, 1995; Rutter, 1990 ).
- -Familias con bajo número de hijos (Werner, 1989; Sameroff y séller, 1983; Osborn, 19909).
- Buenas relaciones con los padres (Kotliarenco, 1995)

**c.- Factores protectores sociales.**

- Apoyo a soportes sociales efectivos (emocionales, materiales, informativos y que proporcionan valores). (Hunter y Kilstrom, 1979 en Luthar y Zigler, 1991; Losel, 1994; Kotliarenco, 1995;Cohen y Wills, 1985 en Rutter, 1990 a).
- Modelos sociales que estimulen enfrentamientos constructivos (Losel, 1994)
- Experiencias de autoeficiencia y éxito que pueden facilitarse en la escuela, grupos de pares, en la familia, etc.. (Grotberg, 1995; Rutter, 1985; Losel, 1994; Rutter, 1990 a).
- -Aparición tardía del trauma en el desarrollo del niño (Rutter, 1995)
- -Experiencias que dan a los niños oportunidades de tomar responsabilidades (Rutter, 1990;Werner, 1989; Rutter, 1990 a).
- -Experiencia de sentido y significado para el propio desarrollo como religión, fe, ideologías. (Losel,1994)

Rutter (1990) señala que es importante identificar los factores de riesgo y protección en tanto que permiten predecir resultados negativos o positivos en el proceso de desarrollo del niño. Sin embargo es necesario hacer notar como ya se dice más adelante que muchas variables pueden constituir un factor de protección en una situación y de riesgo o vulnerabilidad en otras, por lo que la búsqueda de los factores debe dirigirse a factores o variables asociadas a procesos de vulnerabilidad y protección, a los mecanismos situacionales y del desarrollo que den cuenta del modo como estos procesos operan.

Tomando como base resultados de diversos investigadores (Kandel, 1978; Rutter, 1992; Serrano, 1995; Lane et al, 1997; Smith et al, 1998), la siguiente lista ilustra algunos ejemplos de factores protectores individuales:

1. Autoestima, autoconcepto, autoeficacia adecuada, y sentido de pertenencia

2. Perspectivas de construir proyectos de vida viables.
3. Escalas de valores congruentes con un desarrollo espiritual adecuado, en las que el amor, la verdad, la libertad, el respeto, la responsabilidad, la religiosidad, la moral y otros valores, se practiquen debidamente y en los ambientes apropiados.
4. Estructuras y dinámica familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia.
5. Familias y sociedades dispuestas a trabajar por una niñez, adolescencia y juventud saludables.
6. Micro ambientes familiares, escolares, laborales, deportivos y recreativos que sean saludables y propicios para el desarrollo de la gente joven de ambos sexos.
7. Niveles crecientes de auto cuidado y de responsabilidad en los dos sexos en relación con su salud reproductiva.
8. Ayuda mutua y existencia y uso adecuado de redes sociales de apoyo.
9. Promoción de investigaciones que permitan identificar las necesidades y mecanismos capaces de disminuir los problemas emergentes, incluyendo en forma prioritaria el refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a la exposición a situaciones traumáticas y de estrés en niños y adolescentes (Rutter, 1987).

Muchos niños considerados resilientes podrían ser aquellos que han enfrentado menos influencias negativas, puesto que la familia mediadora controla muchas de las variables que interactúan en forma directa con la vida del niño, pudiendo darse la situación de que el ambiente familiar sea favorable a pesar de encontrarse inserto en un ambiente de alto riesgo. En estos casos serían las familias las resilientes, más que los niños.

La resiliencia nos lleva también, a interesarnos no sólo por los factores de riesgo, sino por los mecanismos de riesgo.

De hecho la noción misma de factor de riesgo o de protección es ambigua, porque una misma característica puede constituirse en un factor de riesgo en una situación y en factor de protección en otra, por ejemplo, la familia es un factor de

protección para los niños de la guerra y puede ser un factor de riesgo para un niño maltratado dentro de ella.

La resiliencia no es un estado definido y estable, es un camino de crecimiento, es un proceso. Se trata, por tanto, de estudiar los procesos lo que plantea un cambio de mirada en los supuestos metodológicos. Se está observando un cambio de actitud y de lenguaje en los estudios de resiliencia, la consideración de los factores de resiliencia que enfrentan el riesgo ha sido desplazada del vocabulario, por los factores de protección que protegen del riesgo.

---

#### 4.6.2. -Factores de riesgo

---

Es un concepto que se refiere a determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, medidas mediante variables directas o indicadores sociales o psicosociales que, acorde con conocimientos científicos, se ha demostrado que participan en los antecedentes o en las situaciones asociadas o implicadas con la emergencia de diferentes enfermedades, problemáticas o necesidades económicas, políticas y sociales.

Cada vez es más evidente que muchos factores de riesgo son, de hecho, factores multirriesgo, porque se van encontrando en los antecedentes de problemáticas diferentes (por ejemplo el alcoholismo paterno en niños infractores, en niños desatendidos, en niños que se fugan de su hogar, en fracasos escolares, o en niños maltratados).

Rutter (1993) advirtió de la necesidad en centrar nuestro interés sobre los procesos implicados en el desarrollo de la resiliencia puesto que centrarse en la identificación de los factores de riesgo y protección, puede conducirnos exclusivamente a la enumeración de éstos, sin considerar que un mismo factor puede constituir en algunos casos un factor de riesgo y en otros como protector. Aunque se han puesto de manifiesto muchos factores de riesgo, podemos agruparlos en familiares, sociales y ambientales, de salud y a amenazas que ponen en peligro la vida de los niños. Un factor de riesgo no actúa de manera aislada, es necesario considerar los contextos, y los factores temporales

Riesgo y protección son interactivos y se relaciona en momentos claves de la vida de las personas. Es más exacto referirnos a procesos protectores en aquellas



situaciones en que los mecanismos en relación con la protección parecen ser distintos a aquellos involucrados en los mecanismos de riesgo ( Rutter, 1990).

Según Suárez y Krauskopf (1995), para evaluar y analizar el riesgo es necesario diferenciar los factores intervinientes, externos y conductuales, la capacidad de alarma del individuo, y los mecanismos protectores y de mediación del riesgo con que este cuenta para enfrentar la situación.

Jessor (1991); Hawkins et al, (1992); Suárez y Krauskopf (1995); Bell, et al, (2000); entre otros, proponen algunos factores sociales y ambientales que influyen en la aparición de conductas de riesgo y que podrían conducir a resultados negativos en los jóvenes.

En lo social, el proceso de individuación puede producirse en el marco de dos situaciones:

- Cuando los jóvenes cuentan con la posibilidad y la capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y la separación paulatina del grupo familiar.
- Cuando la sociedad no les brinda oportunidades para hacerlo ni fomenta el desarrollo de las capacidades requeridas.

Se distinguen entre los factores de riesgo:

- a- Factores de riesgo predictores o marcadores, sobre todo en salud mental,
- b- Factores precipitantes. Que desencadenan la emergencia de la crisis o la enfermedad. En la mayoría de los casos la presencia de un solo factor de riesgo no tiene gran trascendencia; hacen falta ciertas combinaciones o acumulaciones de factores de riesgo para que el problema emerja.

Factores sociales de riesgo:

Todo riesgo supone siempre una estructura vincular, ya que toda acción tiene un destinatario; incluye variables tales como la familia, el grupo de pares, el rol de los medios de comunicación; las normas, los valores y las creencias del contexto socio cultural; modelos parentales; las redes de apoyo afectivo y la aceptación de “otros significados”; generan mayor vulnerabilidad, el consumo de drogas o tener una iniciación sexual demasiado temprana.(Basile,2007)

Factores de riesgo social en la niñez:

- a) Inseguridad,
- b) Maltrato físico o psíquico,
- c) Pobreza,
- d) Marginalidad,
- e) Explotación,
- f) Violencia individual, familiar, institucional, social y política,
- g) Violencia económico-social,
- h) Discriminación de género.
- i) Discriminación y violencia cultural y étnica, y
- j) Guerra interna o externa,

Conductas de riesgo en el adolescente

- a) Tabaquismo, .
- b) Alcoholismo, .
- c) Drogadicción, .
- d) Depresión y Suicidio, .
- e) Accidentes, .
- f) Delincuencia,
- g) Violencia, .
- h) Anorexia – Bulimia, .
- i) Embarazo adolescente, .
- j) Enfermedades de transmisión sexual, .
- k) Fracaso escolar, .

### 1) Fugas del hogar.

El Proyecto europeo Kids Sthrengths (Pretis & Dimova 2004 ) afirma la enfermedad mental de uno de los progenitores, padre o madre puede verse siempre como una amenaza importante para el desarrollo o para las estrategias de adaptación por parte de un niño. El impacto depende de

- La edad del niño (mayor cuanto más joven sea el niño)
- La intensidad de los síntomas
- La aparición del trastorno (cuanto más temprano se dé en el desarrollo, mayor será el impacto en el niño)
- El sexo del padre (las madres muestran un impacto negativo mayor)

Como ya hemos advertido, la resiliencia es un concepto en el que coinciden la pediatría, la educación, y otras disciplinas, que propone trabajar no sólo sobre los factores de riesgo que pueden poner en peligro a los niños y adolescentes, sino también, sobre la capacidad de los individuos para afrontar las dificultades, poniendo en juego sus capacidades individuales.

---

## 4.7 PILARES DE LA RESILIENCIA

---

Los atributos o pilares que aparecen en los niños y adolescentes considerados resilientes han sido designados como pilares de la resiliencia por Suárez Ojeda, (1977):

- **Introspección:** Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- **Independencia:** Se define como la capacidad de establecer y saber fijar límites entre uno mismo y el medio adverso, hace referencia a la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

- **Capacidad para relacionarse:** Habilidad para establecer lazos de intimidad y satisfactorios con otras personas, para equilibrar la propia necesidad de afecto y con la actitud de dedicarse a los otros.
- **Iniciativa:** Entendida como el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la necesidad de hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos.
- **Humor:** Se refiere a la capacidad de encontrar lo cómico en la propia tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.
- **Creatividad.** Se define como expresión de la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En los niños, se expresa en la creación y el juego, que son vías para contrarrestar la soledad, el miedo y la desesperanza.
- **Moralidad:** Actividad resultante de una conciencia informada. Se expresa en el deseo personal de bienestar de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y discriminar lo bueno de lo malo. Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar propio y ajeno y comprometerse con valores
- **Autoestima consistente:** Constituye la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.
- **Pensamiento crítico:** Se construye desde la moralidad, la creatividad, la interrelación y la independencia. Permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la situación de adversidad que se sufre para proponer modos de enfrentarla y transformarla.

---

#### 4.8. – RESILIENCIA Y EDUCACIÓN

---

La cuestión de la educación se vuelve central en cuanto a la posibilidad de fomentar la resiliencia de los niños y los adolescentes, para que puedan enfrentar su crecimiento e inserción social del modo más favorable (Melillo, Rubbo y Morato, 2004).

Lamentablemente, en las escuelas habitualmente se pone el mayor empeño en detectar los problemas, déficit, en fin, la patología, en lugar de buscar y desarrollar virtudes y fortalezas. Por eso y para empezar, una actitud constructora de resiliencia en la escuela implica buscar todo indicio previo de resiliencia, rastreando las ocasiones en las que tanto docentes como alumnos atravesaron, superaron, sobrellevaron o vencieron la adversidad a la que se enfrentaban y con qué medios lo hicieron.

Las escuelas son lugares donde los educadores y los alumnos conviven, se relacionan y más allá de la relación profesor-alumno, colaboran a crear un clima de solidaridad en ella, propicia oportunidades para las relaciones benéficas entre alumnos familias y profesores.

Cyrułnik et al (2004) afirman que la resiliencia de un niño o un adolescente se construye en la relación con el otro, mediante una labor de punto, que teje el vínculo, que teje la resiliencia. La resiliencia no resulta de suma de factores internos y externos, sino de su interacción permanente, con los otros que construye el destino de una vida.

La resiliencia implica el deber de reconocer y favorecer las capacidades del niño y del adolescente para propiciar su desarrollo. Necesita de la confianza de los demás en nosotros. Para un niño lo importante es verse reconocido, verse aceptado, solo se puede ser uno mismo si alguien te confirma que te reconoce como persona. Esta labor se le atribuye a la escuela.

Para la promoción de la resiliencia es un momento importante el de la tutoría y el tutor la figura cercana que el alumno necesita para construir su resiliencia, el vínculo afectivo como factor protector, aceptando a cada alumno tal como es, desde la valoración objetiva y sincera respeto a sus valores y sus limitaciones, proporcionándole

el apoyo y acompañamiento para superar las dificultades y siendo el estímulo sincero ante sus logros, enseñándole a confiar en sí mismo y en sus capacidades, haciéndoles competentes para adaptarse y saber afrontar y superar los riesgos, proporcionándoles autonomía y desarrollando en ellos factores protectores como la autoestima, la percepción del control de lo que sucede y habilidades sociales.

---

#### 4.8.1. LA ESCUELA PROMOTORA DE RESILIENCIA

---

Los centros educativos son los lugares propios de socialización de los niños, y es en ellos donde manifiestan con más claridad sus dificultades en las tareas y las competencias de cada una de las etapas evolutiva. Los profesionales de la educación cumplen un importante papel en la prevención, la detección e intervención cuando alguno de nuestros niños o adolescentes está sufriendo una situación de riesgo o se están vulnerando sus derechos desde cualquiera de los contextos donde vive.

Aún más allá de la relación maestro y alumno, la creación de un aire general de solidaridad en la escuela, crea asimismo, las oportunidades para las relaciones benéficas entre la comunidad educativa. Una ética de la solidaridad, es una manera de ser, de relacionarse que conlleva un mensaje de comprensión, respeto e interés y la fuente de la que fluyen otros factores de protección (Benard, 1996).

La educación es el eje central en cuanto a la posibilidad de fomentar la resiliencia en los alumnos, para que puedan enfrentar su crecimiento e inserción social del modo más favorable para ellos y más cercano a su bienestar y felicidad.

Masten y Coastworth (1998) han descrito factores de protección que el niño puede encontrar en sí mismo, en la familia y el entorno. Como recursos internos a los que el niño puede recurrir en situaciones traumáticas citan un cociente intelectual alto, buena capacidad de resolver problemas, planificar, usar estrategias de afrontamiento, sentir eficacia personal, comprensión de sí mismo, lugar de control interno, competencias relacionales, temperamento fácil, apego seguro y uso adecuado de mecanismos de defensa.

Los factores protectores familiares que se citan son: el tener una buena relación con al menos alguno de los padres o familiar, padres competentes, buena educación.

El entorno puede colaborar en su papel facilitador de la resiliencia desde los diferentes estamentos sociales que rodean al niño, entre los que se encuentra la escuela y los profesionales, pudiendo convertirse el tutor o cualquiera de los profesionales de la enseñanza en un verdadero tutor de resiliencia.

Los recursos internos que Masten y Coastworth (1998) han citado como aquellos a los que los niños o adolescentes pueden agarrarse, es posible potenciarlos desde la escuela, bien a través de programas de prevención, lo que no elimina el riesgo, o desde la consideración de la educación como factor protector en sí mismo.

La escuela es un factor protector por su aprendizaje positivo, su curriculum abierto y flexible y por su capacidad de orientar y fijar normas.

La escuela además como hemos dicho anteriormente es un contexto idóneo de prevención y promoción de factores protectores y de resiliencia por varias razones:

- ❖ Los alumnos que padecen situaciones adversas se encuentran en edad escolar
- ❖ Es la escuela el contexto donde los menores manifiestan sus conductas ante esas situaciones, donde muestran sus dificultades en las tareas y las competencias evolutivas propias.
- ❖ La escuela es el lugar idóneo donde profesionales cualificados tienen la posibilidad de observar durante largos periodos de tiempo a los alumnos y sus conductas
- ❖ Por el tipo de interacción que los profesionales establecen con los alumnos y sus familias,
- ❖ Porque los profesionales relacionados con la infancia tenemos razones éticas y un compromiso que nos compromete con el bienestar infantil y adolescente.

Nuestra labor como educadores consistirá en desarrollar en los niños el descubrimiento de sus cualidades, potenciarlas para conseguir la realización fin último de la educación, hacer que nuestra sea una sociedad más justa más libre solidaria y comprometida porque hemos formado un ser humano más justo libre.

La tarea del profesional comprometido con este modelo de prevención que ayuda a los niños a activar su resiliencia durante su proceso de desarrollo escolar, consistirá en ayudarlos a reconocer y fortalecer los vínculos afectivos que los unen, la confianza básica que tienen en sí mismos y entre su familia, a encontrar los recursos internos que poseen, mediante una revisión de su historia personal, encontrando aquellas actitudes y comportamientos consideradas como exitosas, analizando con ellos que factores pueden haber contribuido a que logren un éxito y motivarles a que los empleen con mayor frecuencia, al mismo tiempo que van descubriendo nuevas variaciones a esas estrategias de comportamiento que puedan resultar igualmente exitosas.

Los profesionales de la educación, por otra parte, tenemos un compromiso con el bienestar infantil y adolescente que nos obliga a tomar postura activa en los casos de niños y adolescentes que están en situación de enfermedad.

La tarea psicopedagógica con adolescentes consiste en analizar los elementos que están influyendo en sus situaciones y trabajar desde su parte sana.

Para la construcción de la resiliencia desde las escuelas y las aulas, Henderson y Milstein (2005). se han centrado en los seis pasos para la construcción de la resiliencia y seguirlos de forma progresiva proponiéndolos desde dos objetivos básicos:

- 1.- Mitigar los factores de riesgo en el ambiente y
- 2.- Construir la resiliencia.

1.- Para mitigar los factores de riesgo proponen:

#### ❖ **Enriquecer los vínculos**

Priorizando la participación de las familias y los alumnos en las actividades escolar, otorgándoles roles significativos y ofreciendo variedades de participación en la vida del centro, manteniendo las visitas periódicas con ellos y potenciando los valores, progresos y acciones positivas de los alumnos.

Proponiendo una gran variedad de las actividades a los alumnos para que en ese amplio abanico de posibilidades todos encuentren actividades atractivas según sus



intereses y motivación, lo que incrementa el vínculo con la oferta de la escuela y estimula a los alumnos en el aprendizaje.

Utilizando estrategias de aprendizaje que tengan en cuenta las inteligencias múltiples y los diferentes estilos de aprendizaje, lo que reforzará la vinculación del alumno a la escuela y aumentará su interés por el aprendizaje.

### ❖ **Fijar límites claros y firmes**

Estableciendo y haciendo partícipes a los propios alumnos en la determinación de los límites, que no son otra cosa, que el establecimiento de normas de conducta y procedimientos para cumplirlas e incluyendo las consecuencias de su incumplimiento.

Estos límites deben basarse en una actitud afectiva. Las investigaciones en materia de prevención y promoción de hábitos saludables indican la conveniencia de incluir referencias a concretas conductas de riesgo en relación al consumo de alcohol u otras drogas, comportamientos violentos pertenencia a pandillas delictivas, expresándose en forma adecuada al nivel de desarrollo de los alumnos.

Los profesionales, alumnos y padres deben comprender y estar de acuerdo en las políticas de la escuela, adoptando un enfoque positivo y reforzador de esas decisiones, aceptadas por toda la comunidad escolar .

### ❖ **Enseñar habilidades para la vida**

Podemos ponerlas en marcha de diferentes modos. En primer lugar aplicando métodos de enseñanza basados en el aprendizaje cooperativo, que incorpore de manera natural habilidades sociales de relación, de trabajo en equipo, expresar opiniones, fijarse metas y tomar decisiones, favoreciendo la inteligencia intrapersonal y extrapersonal. Estas habilidades para la vida en el proceso de desarrollo del la convivencia escolar, ayudado en este proceso por el tutor, ayudándole a reconsiderar sus conductas inadecuadas construyendo sus propia eficacia, identificando las habilidades que pueden incorporar para evitar problemas y facilitar su competencia futura. Las investigaciones nos demuestran que los pares son los mejores agentes de estrategias prevención e

intervención por lo que los propios compañeros pueden enseñar habilidades para la vida de sus compañeros. El currículo debe incorporar actividades específicas que las favorezcan.

## **2.- Para construir la resiliencia proponen:**

### **❖ Brindar afecto y apoyo**

Esta acción se encuentra en la base de la promoción de la resiliencia, es el componente esencial de las actitudes que la construyen, pero debe expresarse en acciones concretas, teniendo en cuenta a todos los alumnos, estimulando su interés, y apoyar a aquellos que se encuentran en circunstancias difíciles. Esto requiere conceder tiempo a la construcción de estas relaciones, construyendo un modelo de intervención eficaz aprovechando las fortalezas de aquellos que se encuentran en dificultad y potenciando las capacidades de los demás, dándoles oportunidades de éxito a todos los alumnos, lo que aumenta su autoestima y mejora el clima escolar.

### **❖ Establecer y transmitir expectativas elevadas**

Los mensajes de profesionales deben estar cargados de mensajes esperanzadores y positivos, aludiendo a las posibilidades reales que el alumno posee y que debe potenciar. Presentar expectativas elevadas y realistas basadas en currícula elevados, flexibles, significativos y participativos, adaptando la organización de centro y el agrupamiento de los alumnos y aulas a la realidad de los alumnos, y estableciendo unos criterios de evaluación que tengan en cuenta las posibilidades individuales, las inteligencias múltiples y los diferentes estilos de aprendizaje, posibilitando una gran variedad de actividades que favorezcan la participación de todos los alumnos.

Las escuelas que transmiten expectativas elevadas promueven la colaboración, frente a la competitividad, y centran la motivación intrínseca de los alumnos en sus propios intereses, asignando la responsabilidad a los alumnos de su propio aprendizaje, haciéndoles participar y tomar decisiones respecto a su propio aprendizaje. Los profesores expresan expectativas elevadas estableciendo relaciones fundadas en el aprendizaje individual, aplicando un método de enseñanza personalizada y valorando la diversidad.

### ❖ Brindar oportunidades de participación significativa

La base de este paso se encuentra en el pensamiento de Vigostky, no realizando el docente, lo que puede hacer el alumno, lo que en didáctica conocemos como el principio metodológico de no sustitución (Fernández Pérez, 1990) de tal manera que con cada acción educativa dar oportunidad de aprendizaje y mayor participación a los alumnos.

Hay muchas acciones que se pueden encargar a los alumnos y hacerles responsables de su desarrollo, permitiendo les a ellos liderar actividades, para lo cual se puede adaptar los curricula en torno actividades conjuntas que puedan ser llevadas a cabo con la participación de la comunidad escolar.

Las escuelas tienen el poder de construir resiliencia en los alumnos, y aunque se encuentren obstáculos, cada docente en su aula puede ser un tutor de resiliencia para sus alumnos, y un promotor de la misma en la escuela. El docente debe ser resiliente y para la promoción de la resiliencia en los docentes vamos a centrarnos también en los seis pasos que estos autores proponen como promotores de la resiliencia y seguirlos de forma progresiva, como veremos más adelante.

Las escuelas pueden aportar condiciones ambientales que promuevan reacciones resilientes ante circunstancias inmediatas y presentes y también enfoques educativos, programas de prevención e intervención y curricula adecuados para desarrollar factores protectores individuales tanto internos como externos. Esta perspectiva apunta a una solución basada en la resiliencia para los niños con dificultades escolares o sociales, en el que podemos incluir soluciones para combatir algunos problemas que también están presentes en el personal docente para llevar a cabo su labor protectora y preventiva de desigualdades. El objetivo es equilibrar los factores para contrarrestar el impacto de los acontecimientos estresantes de la vida.

La resiliencia es una característica crucial para el éxito de los alumnos y todos tenemos características resilientes aunque a menudo pasan inadvertidas. Las escuelas pueden utilizar el paradigma de la resiliencia como un modelo para fomentar el éxito académico y social de los alumnos y promover un personal capacitado y motivado que sepa enfrentar los desafíos de la educación.

La bibliografía sobre riesgo y resiliencia recalca que las escuelas son ambientes clave para que los individuos desarrollen la capacidad de sobreponerse a la adversidad, se adapten a las presiones y problemas a los que se enfrentan y adquieran las competencias sociales académicas y vocacionales necesarias para salir adelante en la vida.

De los trabajos de Henderson y Milstein (2003) surgen seis puntos relevantes que muestran de qué modo las escuelas, así como las familias y comunidades, pueden aportar los factores protectores ambientales y las condiciones que fomentan los factores protectores individuales.

Las escuelas y los seis factores promotores de la resiliencia.

#### ❖ **Enriquecer los vínculos**

En las organizaciones inteligentes se promueve la interrelación y comunicación entre sus miembros. Según el tipo de organización es el clima de la institución. Las instituciones promover las diferencias o la igualdad entre sus miembros. Moldear el clima y la cultura de la escuela es un buen modo de promover la resiliencia

#### ❖ **Fijar límites claros y firmes**

Un centro educativo puede tener establecidos límites institucionales claros y precisos que promuevan la cooperación, o bien la incertidumbre o la tensión. Para que la comunidad educativa sepa con claridad que se espera de ellos, es necesario transmitir expectativas claras y consensuadas.

#### ❖ **Enseñar habilidades para la vida**

Las escuelas constructoras y promotoras de resiliencia fomentan el aprendizaje individual, y potenciando la eficacia colectiva, promoviendo destrezas como el pensamiento crítico y la resolución de problemas, conductas cooperativas como el trabajo en equipo, las decisiones por consenso y el establecimiento de metas compartidas, brindando de esta manera modelos de roles positivos para la convivencia en la escuela y en la vida

#### ❖ **Brindar apoyo y afecto**

Las escuelas pueden promover un sentimiento de pertenencia en sus miembros, o bien de marginación y aislamiento. La promoción de la resiliencia se logra incentivando la solidaridad y cooperación, el liderazgo reconocido en los equipos directivos y con el respaldo material y humano de iniciativas creativas e innovadora

#### ❖ **Establecer y transmitir expectativas elevadas**

Las escuelas deben fomentar la actitud positiva de que es posible conseguir los objetivos que nos hemos propuestos, alentando progresivamente a todos los miembros de la comunidad educativa participar en ellos, destacando los logros individuales, potenciando los esfuerzos realizados y brindando procedimientos de feed-back positivo.

#### ❖ **Brindar oportunidades de participación significativa**

Sustituyen la visión de los alumnos como usuarios pasivos a percibirlos como sujetos activos y participativos, así como a las familias, y los agentes externos a la escuela. Para esto es necesario la convicción de que todos compartimos los objetivos sentidos, sentirse incentivados al colaborar y dar el máximo de nuestras capacidades, reconocer la colaboración y participación de todos, tener conciencia de la institución de forma global y con vistas de futuro, ser tratados con respeto y asumir riesgos. Henderson y Milstein (2005)

El esfuerzo individual de la construcción de la resiliencia es necesario, pero sabemos que no es suficiente, se necesita un ambiente propicio y de aceptación del otro. La resiliencia se manifiesta como un proceso de acción sistémica en el que intervienen diferentes factores para promover el desarrollo integral del niño y del adolescente, a pesar de sus condiciones de vida difíciles.

La resiliencia es un continuo que refuerza las opciones y oportunidades de las personas mediante la aplicación de sus capacidades y recursos internos para enfrentarse a situaciones de riesgo, o que pongan en peligro su desarrollo, superarlas, mejorar su calidad de vida y hacer posible sus proyectos de futuro.

La vida humana es un proyecto de futuro no determinado ni definido en su totalidad por algo o alguien ajeno al sujeto que la vive. El sentido se construye en

nosotros, a través de nuestro pasado y de nuestro futuro, con la historia y con los sueños, pero si la cultura no pone a nuestro alrededor lazos afectivos que nos emocionen y nos permitan componer los recuerdos, la privación de afecto y la pérdida de sentido nos dejan solos.

#### 4.8.2. FACTORES PROMOTORES DE RESILIENCIA

---

Los estudios de Werner (1982, 1989) y Garmezy (1993), proponen tras sus investigaciones algunos factores que se observan en los niños que estando expuestos a situaciones adversas se comportan de forma resiliente. Según estos autores estos factores se agrupan en torno a cuatro aspectos que ayudan a promover comportamientos resilientes:

- **Características del temperamento**, en las cuales se observan un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y capacidad de respuesta ante los demás
- **Capacidad intelectual del sujeto y su utilización positiva**
- **Naturaleza de la familia**, cohesión familiar, ternura y preocupación por el bienestar infantil
- **Disponibilidad de fuentes de apoyo externo**, como es contar con un profesor, o instituciones como la escuela que les sirven para ayudarles a superar sus dificultades.

Lösel (1994) en sus estudios propone que entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes se citan:

- Contar con una relación emocional estable al menos con uno de los padres, o bien alguna persona significativa
- Disponer de apoyo social desde fuera del grupo familiar
- Vivir en un clima educacional abierto, y con límites claros
- Disponer de modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo
- Tener responsabilidades sociales adecuadas a su momento evolutivo, a la vez que exigencias y motivación de logro.

- Poseer competencias cognitivas, y al menos, un nivel intelectual medio.
- Disponer de unas características temperamentales que favorezcan un enfrentamiento efectivo
- Haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva.
- Tener un enfrentamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes
- Asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al enfrentamiento a la vez que, contextualizarlo de acuerdo a las características propias del desarrollo.

El autor señala que pueden existir además otros factores protectores, no citados, que pueden no ser igualmente efectivos, sin embargo, cuando varios factores actúan de forma combinada son capaces de promover un desarrollo sano y positivo, independientemente de las dificultades en las condiciones de vida.

También Grotberg (1995b) en el CIER estudió la presencia de factores resilientes en niños hasta doce años, en su estudio la autora en vez de trabajar con niños resilientes y conocer la características o factores que los diferencian de su pares no resilientes, trabajó en base a estos factores con el fin de determinar en que forma éstos eran promovidos por los niños. Ningún factor en particular y por si solo promovía la resiliencia, ni la autoestima ni la inteligencia por si mismas, eran capaces de actuar como mecanismos protectores, a menos, que lo hiciera con la presencia de profesores o amigos que alentaran a los niños a examinar maneras alternativas de enfrentar y sobrellevar adversidades. La inteligencia parecía ser un requisito necesario para el comportamiento resiliente, sin embargo, Grotberg (1995 b) en un estudio realizado en distintos países, en menores con bajo nivel intelectual, indicaron que a pesar de su limitación intelectual, estas personas estaban realizando acciones promotoras de comportamientos resilientes.

Grotberg, quien en 1996 elaboró un modelo para saber que actitudes son necesarias para favorecer en las personas su capacidad de recuperarse a la adversidad, propone que actitudes son necesarias para favorecer en las personas su capacidad de recuperarse a la adversidad, tienen que ver con el ambiente social, los recursos personales y las habilidades sociales.

- **Ambiente social facilitador:** se refiere a redes de apoyo social, como grupos comunitarios, religiosos; también a modelos positivos y a la aceptación incondicional del niño o adolescente por parte de su familia, amigos y escuela.

**Yo tengo:**

Personas a mi alrededor que me quieren incondicionalmente y en quienes confío.

Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o los problemas

Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder (modelos para actuar).

Personas que quieren que sea autónomo.

Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro o cuando necesito aprender.

- **Recursos personales:** Es la fuerza psicológica interna que desarrolla el niño en su interacción con el mundo. Así también la autoestima, autonomía, control de impulsos, empatía, optimismo, sentido del humor y fe o creencia en un ser superior o en la fraternidad universal.

**Yo soy/estoy:**

Una persona por la que otros sienten aprecio y amor

Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

Respetuoso conmigo mismo y con los demás

Capaz de aprender lo que me enseñan en la escuela

Agradable y comunicativo con mi familia y amigo

Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.

Seguro que todo saldrá bien.

Triste y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo



Rodeado de compañeros que me aprecian.

- **Habilidades sociales:** ser capaz de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales.

**Yo puedo:**

Hablar sobre lo que me asusta o me inquieta.

Buscar maneras de resolver mis problemas

Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.

Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar

Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Equivocarme sin perder el afecto de mi familia

Sentir afecto y expresarlo

Como educadores podemos promover la resiliencia si procuramos que la educación formal y no formal, aumenten las situaciones que producen estas verbalizaciones en cada uno de los niños.

Pretis y Dimova (2004) en sus estudios de alumnos en educación infantil y en primaria, afirman que el profesor puede tener también el rol de persona a la que vincularse emocionalmente con los niños pequeños, ayudan en la promoción de la resiliencia. Los profesores también tienen que tratar con los comportamientos del alumno, empezando con la llegada a la guardería por la mañana y la vuelta a casa por la tarde. Especialmente el niño pequeño en la guardería o en la escuela infantil, necesita una persona que represente una base segura. Generalmente la educación escolar tiene dos dimensiones: la primera, la formación formal de los educandos en las clases y la segunda, formación informal en las necesidades más amplias tales como ser una persona, cómo vivir o actuar como ciudadano en la sociedad.

En los institutos o centros de secundaria, hay profesores de distintas ramas. En lo que concierne a los niños en el contexto de los padres con vulnerabilidad mental, el profesor también puede adoptar el papel de persona adulta con la que establecer vínculos saludables de confianza, a quien puedo hablar de lo que ocurre en casa. Sin

embargo, se observa la tendencia – en base a estructuras tradicionales de enseñanza – de que los profesores se sienten abrumados por los requerimientos de una multiplicidad de ciertos roles.

Los profesores deben ser capaces de observar y ser conscientes del estado emocional del alumno e identificar si existe o no necesidad de intervenir u ofrecer apoyo. Con toda probabilidad, un niño dentro de un contexto de vulnerabilidad mental podría no dar señales aparentes de trastorno. En tales circunstancias, un profesor debe tener la capacidad de escuchar cuidadosamente y en caso necesario activar sus redes de recursos (por ejemplo, un profesor de apoyo, una trabajadora social. ( Pretis y Dimara, 2004)

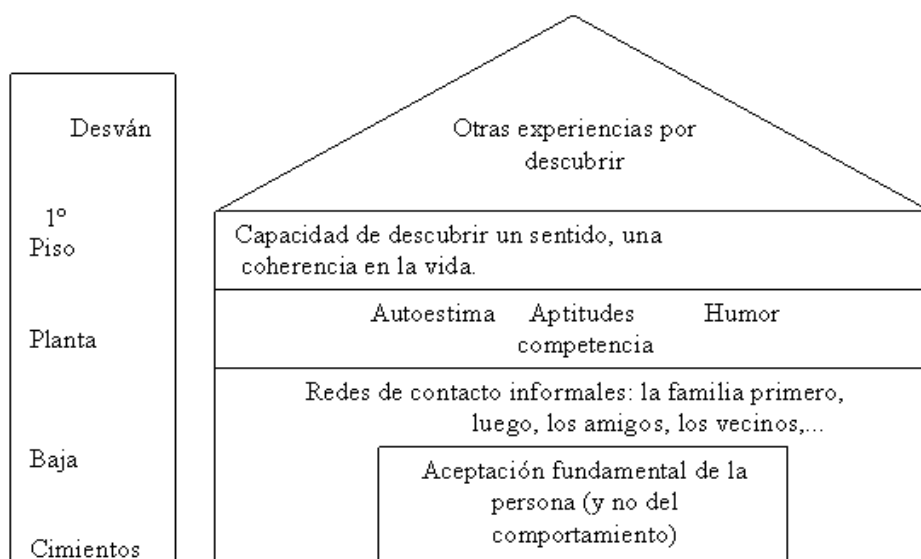
---

#### 4.8.3. LA CONSTRUCCION DE LA RESILIENCIA (CASITA)

---

La resiliencia abre vías de reflexión, como podremos ver con la representación gráfica de los diversos aspectos en relación a la resiliencia. Esta imagen ofrece a los educadores puntos de partida susceptibles de poder ayudarnos a estructurar nuestras prácticas.

La resiliencia es una construcción compleja que Vanistendael y Lecomte (2002) comparan con una pequeña casa, *una casita*, que se construye con sólidos cimientos. Cada estancia representa un campo de intervención posible, para los que quieren contribuir a construir, mantener o reestablecer la resiliencia. Se trata de sugerencias, cada uno debe descubrir en cada situación concreta en que campos precisos puede actuar, y, a continuación, cuáles serán las acciones a llevar a cabo en cada caso. (Ver figura ).



Adaptada de Vanistaendel (2002)

En primer lugar está el suelo sobre el que está construida, se trata de necesidades materiales elementales. Pero se necesita más que esto, aquí se sitúa el núcleo básico. En los cimientos están también la red de relaciones sociales y en el corazón de estas redes, se sitúa la aceptación profunda de la persona, no de su comportamiento, su importancia es primordial. Esta aceptación no es unilateral, no sólo el adulto acepta al niño, es preciso que haya reciprocidad, el niño también desempeña su papel, debe consentir que se le acepte. Esta relación puede llamarse de sustentación. La sustentación sigue al nacimiento y durante los primeros meses se teje el vínculo, el niño descubre si puede confiar en el otro, desarrollando la confianza o desconfianza, moldeando su modo de relacionarse. La sustentación es la confianza básica, y en torno a ella se desarrollan redes de contactos informales, la familia extensa, los vecinos, los amigos, que cambian en el transcurso de la existencia.

En la planta baja encontramos una capacidad fundamental, encontrar un sentido a la vida, descubrirle un sentido, que puede realizarse a través de una filosofía que consiste en apreciar plenamente la existencia. Es el descubrimiento del sentido por medio de las actividades sensorio-motrices y del juego para los niños. También existen otras actividades de descubrimiento de sentido, las actividades emocionales, éticas y racionales. A través de las actividades emocionales el ser humano aprende a manejar

sus sentimientos, cuando habla sobre ellos es capaz de comprenderlos, el acto motor y el cognitivo están vinculados porque facilitan el descubrimiento del sentido.

Descubrir el sentido ético, discutir sobre las normas y valores es una actividad que los niños realizan en la escuela y que es necesario potenciar. La filosofía es otra actividad para el descubrimiento de sentido, esta actividad les ofrece la posibilidad de hablar y reflexionar juntos, que necesitamos a los demás no para convencerle, sino para llevar a cabo una reflexión en común con miras a comprender mejor la vida y descubrir que no hay una verdad absoluta y que cada uno puede tener una razón diferente. El hecho de filosofar con los niños ofrece además el desarrollo de otras aptitudes como el razonar, argumentar, analizar, establecer vínculos, escuchar, estar abierto a las críticas, mostrar respeto por los demás etc, permitiendo reforzar la autoestima de los niños.

El nivel en el que el niño se siente capaz de descubrir un sentido está en relación con el entorno y por tanto, no es una actividad individual, el niño es el que responde a los estímulos, pero debe ser alentado por los adultos, de ahí de la necesidad de una educación basada en el diálogo con los demás seres vivos y el entorno. El estímulo que les invite a la búsqueda de sentido es la prioridad que deberíamos tener en cuenta en los momentos actuales, dejar de centrarnos en el curriculum y volver a la persona.

Este nivel es el de los proyectos concretos, que debemos encontrar para cada persona, cuidar de otro, ser generoso con otros, responsabilizarse de tareas y cuidados, la naturaleza ofrece muchas posibilidades pedagógicas importantes. El niño se siente capaz de descubrir un sentido de vida que está sin duda vinculado a su entorno. El descubrimiento de sentido no es una actividad individual, puede ser activado por los adultos favoreciendo el diálogo con los demás seres vivos y con el entorno material.

En el primer piso encontramos tres habitaciones: la autoestima, las competencias y aptitudes, el humor y otras estrategias de adaptación. Fundamentadas en el descubrimiento de sentido y en las redes sociales, no pueden desarrollarse sin la satisfacción de las plantas anteriores.

Al igual que en una casa las habitaciones están comunicadas entre sí, es decir que los campos están ligados, así la autoestima, considerada como un factor esencial de la resiliencia, está en estrecha relación con otros elementos como la aceptación del otro.

Las aptitudes y competencias interesan de modo particular a la educación. No solo las aptitudes cognitivas, también las relacionales, profesionales y de supervivencia,

que gracias a ellas podremos expresar sentimientos y emociones, y mostrar la capacidad práctica de arreglárnosla en la vida cotidiana. El aprendizaje formal está activado por la educación, pero descuida otros enfoques, lo que la reduce a una educación que reduce al alumno a objetos de aprendizaje y no son considerados participantes en su proceso educativo. Es necesario también potenciar el aprendizaje no formal, lo que se aprende de otros, de la experiencia y que se transmite por la cultura, lo que nos enseñaron en nuestras casas y que la escuela no estaba obligada a enseñar, lo que se aprende en las familias y en los entornos próximos.

La autoestima como concepto amplio, considerada como un componente ético, sentirse a gusto consigo mismos, estar rodeados de personas que ratifican con justeza su valía y les animan, se sienten sostenidos. El buen equilibrio mental permite explorar sus posibilidades, las de los demás y las del entorno, aprenden a amar la vida y a estar motivados no sintiéndose bloqueados por obstáculos que consideran insuperables.

El sentido del humor es fundamental en las relaciones humanas, y esto lo sabemos los profesores, aunque no se refleja en las ciencias pedagógicas. Es difícil definir el humor, y aun más difícil aprenderlo. Gracias al humor construimos relaciones, vínculos, asociaciones inesperadas, y eso relativiza las relaciones y los vínculos evidentes. Constatamos que el verdadero sentido de la vida es relativo, vinculado al contexto, y sin ese contexto se convierte en un sinsentido. La fuente del humor es lo insólito, si solo hay rutina, no tiene cabida el humor.

En el desván está la apertura a otras experiencias a menudo más localizadas. Esto no es una estructura rígida y fija y no responde necesariamente a este orden. Los contextos, los problemas, las culturas son demasiado diferentes y variados, por tanto, no se puede indicar que acciones realizar en cada estancia de *la casita*. Esta propuesta puede aplicarse a la resiliencia de un niño, pero también a la de una familia, de una comunidad. La casita puede servir para encontrar puntos fuertes y débiles de un niño, y es una herramienta del enfoque de resiliencia.

La reconstrucción de una existencia que se abre un camino a veces improbable, pero que no se da fácilmente por vencida. Un recorrido sembrado de dificultades pero que conduce finalmente a la esperanza.

Sabemos que la resiliencia no es absoluta ni se adquiere una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las

circunstancias, la naturaleza de lo que ocurre o la situación adversa, del contexto en el que tiene lugar, de la etapa de la vida en la que se produce el hecho desequilibrador y que también la resiliencia puede expresarse de diferentes maneras en las diferentes culturas (Manciaux et al.2001).

La resiliencia también sabemos es fruto de la interacción del sujeto y su entorno. La resiliencia es un proceso, un devenir, de manera que no es tanto la persona resiliente, sino su evolución y su proceso de construcción de su propia historia vital (Cyrułnik, 2001).

La resiliencia nunca es absoluta, total, imperecedera. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que las consecuencias de un trauma siempre las puede superar los recursos del sujeto (Manciaux, et al, 2001)

Nuestros alumnos hospitalizados y con TSM se encuentran vulnerables, sufren y tienen que superar pruebas difíciles, necesitan comenzar ese proceso de reconstrucción personal y de resiliencia , partiendo de sus potencialidades, pero teniendo una guías, un tutor que les aliente a encontrarr sus propios recursos para superar las dificultades.

Los que han tenido que superar una gran prueba, describen como factores de resiliencia: el encuentro con una persona significativa. La comprensión, el amor, la fantasía, el optimismo, el humor, el afecto, la aceptación de sí mismo, la ilusión, la alegría, la generosidad, el optimismo realista, la esperanza, la creatividad, el gusto por la vida y el trabajo, una visión positiva de la vida, etc . Estos han sido factores que han contribuido a salir airoso de las situaciones en las que se encontraban dicen los resilientes.

Pensamos que desde las prácticas educativas donde el profesional, cambia su mirada hacia la visibilidad de los recursos no los problemas, a tener en cuenta toda la persona en su contexto y a dar sentido a los problemas al resituarlos y sustituir los pronósticos pesimistas y juicios negativos despectivos y cínicos por una esperanza realista, podemos ayudar a nuestros adolescentes de la UADO a crecer y construir su resiliencia.

---

## CAPÍTULO 5: ADOLESCENCIA, RESILIENCIA Y SALUD MENTAL

---

---

### 5.1. INTRODUCCIÓN

---

La **adolescencia** es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

Etimológicamente **adolescencia** proviene del verbo latino *adolecere*, que significa “comenzar a crecer”.

Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas, educativas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20 años, considerando dos fases: la adolescencia temprana, hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, hasta los 19 años.

Se trata de una fase, más que un período fijo en la vida de un individuo en la que éste ya no es un niño pero todavía no es un adulto. Parece posible determinar su comienzo, pero es más impreciso determinar su final.

Según Krauskopf, (2004) es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantear- se un proyecto de vida propio.

La adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo, que tiene un carácter transicional, es un proceso de construcción personal, que causa una crisis normativa, por lo que existen las diferencias individuales.

La adolescencia es un constructo social que viene determinado por la cultura y es a la vez un reflejo de la misma. En las sociedades del bienestar, la adolescencia se convierte en un largo período de tránsito, cada vez menos definido y más conflictivo.

A medida que la sociedad se hace más compleja y exige a sus adultos habilidades más sofisticadas, suele alargar el período de tiempo dedicado a la adquisición de dichas habilidades, atrasando la incorporación a las responsabilidades adultas y prolongando así la adolescencia.

Delval (1994), indica que la adolescencia es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero que no se reduce a ella, presentando variaciones en los diferentes medios sociales y en distintas épocas históricas.

La adolescencia, es un estadio de transformación y sobre todo, un indicador de crecimiento que pone fin a la infancia y donde se inicia un espacio de madurez definitorio de la adultez.

La percepción del mundo del adolescente ya no es la de la infancia pero tampoco es la de un adulto, tendente a cambiar su percepción dependiendo del estado emocional en el que se encuentre. Asimismo, es muy influenciado por el ambiente escolar y el grupo de compañeros al que pertenece.

Cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás. Y, a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió.

---

## 5.2.- CARACTERÍSTICAS PSICOEVOLUTIVAS DE LA ADOLESCENCIA

---

La adolescencia es un periodo vulnerable para el sujeto ya que es un momento de transición donde el adolescente comienza a romper con las figuras de referencia de la infancia, y empieza una nueva andadura con los iguales y con otros adultos de referencia, que surgirán en torno a sus estudios o a sus tiempos de ocio, a su entorno.

Por eso, se trata de un momento de transformación y de búsqueda de nuevas figuras.

Los comportamientos tan característicos de esta etapa de mutación física y psíquica deben ser entendidos como indicadores de un proceso sano y normalizado y no como amenazas, por lo que, la tarea de padres y educadores, debería ser la de acompañar al joven a transitar por este puente, pero sin llevarlo de la mano; solo debemos anticipar aquellas franjas de la pasarela que pueden ser peligrosas para alertar al adolescente sobre el peligro que suponen.



**Adolescencia temprana (12-14 años)**

**Cambios físicos:** Crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría. Preocupación por los cambios puberales e identidad

**Cognición:** Pensamientos lógicos y tendencia a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia. Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Mayor interés para aprender habilidades de vida (cocinar, reparar).

**Desarrollo moral:** Egocéntrico en general, aunque ya tiene conciencia. Comprende los conceptos lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento.

**Concepto de sí mismo:** En gran medida influido por las relaciones con los miembros de su familia, profesores y cada vez más, por sus compañeros. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino. El auto-imagen de muchas niñas puede sufrir con la llegada de la pubertad. Inseguridad en la apariencia

**Características psicológicas:** Mayor afán de hacer planes y cumplir con objetivos. Tendencia a ser desorganizados.

**Relaciones con padres:** Relación de afecto y dependencia de ambos padres. Deseo de participar más en decisiones que les afecta. Tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden. Conflictos con hermanos.

**Relaciones con compañeros:** Eligen amigos con mismos gustos y aficiones. Niñas tienden a tener menos amigas más íntimas que niños. En esta etapa se forman pandillas de amigos que pueden excluir a otros niños.

**Adolescencia media (15-17 años)**

**Cambios físicos:** Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz.

**Cognición:** Desarrollo de nuevas capacidades para ver las cosas en términos relativos y abstractos y para pensar. Sentido de humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo. Época de mayor conflicto con padres.

**Desarrollo moral:** Tendencia hacia el egocentrismo. Buscan la aprobación social de sus compañeros. Aunque entienden los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionar ciertos principios sociales, morales y/o éticos, a veces sobre todo los que tienen los padres.

**Concepto de si mismo:** Depende de cómo aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad. Tendencia a conformarse con estereotipos de hombre o mujer. Preocupación con problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general.

**Características psicológicas:** Atención centrado en si mismo. Preocupación por la opinión de otros. Necesitan más intimidad en el hogar. Sufren cambios muy fuertes de humor y pueden pasar de la tristeza absoluta a la alegría desbordada en cuestión de horas, sin saber muy bien por qué. Tendencia a olvidar todo.

**Relaciones con padres:** Suele ser la etapa de mayor conflicto con los padres mientras buscan una identidad propia dentro de la familia más allá que la del niño o la niña de antes. Busca más compañía de sus compañeros. Rechaza a veces muestras de cariño, aunque las sigue necesitando. Deseo de tomar sus propias decisiones y rebelar contra las limitaciones de la disciplina de padres aunque la siguen necesitando.

**Relaciones con compañeros:** Los cambios de la pubertad y cómo reaccionan los compañeros pueden condicionar las amistades. Mayor tendencia a compartir confidencialidades y formar grupos de 2 a 6 amigos. Se despierta el deseo sexual y algunos empiezan ya a formar parejas.

---

### 5.3.- ADOLESCENTES EN RIESGO

---

La adolescencia es en sí misma una etapa de transformaciones, que lleva al sujeto a una búsqueda incesante de nuevos escenarios de socialización y nuevas formas de relación, a fin de lograr consolidar su identidad personal y social.

En ese mundo de autonomía creciente en el que viven los adolescentes, comienzan a

tener peso las decisiones propias y las trayectorias trazadas a partir de las disposiciones singulares de la edad, en combinación con las prácticas a través de las que se perfila el proyecto adulto.

Se han destacado numerosos factores de riesgo, tales como: ser varón, el absentismo escolar, el abandono escolar, el embarazo precoz, el intento de suicidio, la violencia, el abuso de sustancias, y otras conductas auto destructivas. (Rutter, 1992)

Desde la perspectiva de la teoría psicosocial Suárez y Krauskopf (1995) dicen que los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo.

Los diversos acercamientos del enfoque de riesgo (Jessor, 1991; Kagan, 1991; Bell et al, 2000), relacionan las nociones de vulnerabilidad y exposición al peligro. En este sentido, cada etapa del ciclo vital tendría sus riesgos específicamente determinados por las destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como por los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda.

La vulnerabilidad al peligro se modifica con arreglo a las condiciones de protección y los recursos adaptativos personales, entendiéndose como la resiliencia del adolescente (Rutter 1990, 1992; Rojas, 1998).

El modelo transaccional para factores de riesgo y factores protectores en la infancia plantea que la etiología de la psicopatología pueden verse a través de un proceso continuo entre expresiones afectivas, cognitivas y conductuales, la interacción de los padres, el entorno familiar cercano y las características y habilidades del niño a lo largo del tiempo (Goodman, 1992).

---

#### 5.2.1. Factores de riesgo

---

Un factor de riesgo hace referencia a situaciones contextuales o personales que incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud (Rutter, 1985, 1999).

Creemos importante hacer una reflexión acerca de factores de riesgo que consideramos importantes en la adolescencia:

1. Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas como la autoafirmación,

independencia, relación personal y la aceptación del grupo

2. Patrones inadecuados de educación y crianza, como:

a) Sobreprotección: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).

b) Autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.

c) Agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.

d) Permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.

e) Autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.

3. Ambiente frustrante. Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.

4. Sexualidad mal orientada. Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad. (Rojas, )

En relación con el riesgo social del adolescente analizaremos algunos factores sociales y ambientales que pueden conducir a resultados negativos en los jóvenes.

Como principales factores de riesgo social podemos citar:

1. Inadecuado ambiente familiar. Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

2.- Pertenencia a grupos antisociales. Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

3.- La promiscuidad. Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.

4.- Abandono escolar y laboral. Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

5.- Bajo nivel escolar, cultural y económico. Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto. (Munist M, Santos H, Kotliarenko MA, Suárez Ojeda EN, Infante F, Grotberg E., 1998)

De manera general podemos decir que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños, por lo que la sociedad debe propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de educación y cultura que le faciliten la solución a sus problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a

alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la autodestrucción y al suicidio.( Munist, M. Suarez Ojeda, E.N, 1998)

---

### 5.2.2. Factores protectores

---

Frente a los factores de riesgo tenemos también la necesidad de hablar de factores de compensación, que se manifiestan en determinadas circunstancias, características, situaciones y/o atributos que facilitan el logro del equilibrio social, determinando la calidad de vida, su desarrollo y su bienestar social.

Los factores protectores son según Donas (1997)se centran en :

- La estructura familiar, como sistema que favorece el desarrollo físico, psíquico, afectivo, emocional y social.
- La calidad de las relaciones familiares
- Las iniciativas socio-comunitarias dirigidas hacia a la atención de la infancia adolescencia, con acciones preventivas que favorecen la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- El desarrollo del medio ambiente saludable y seguro para ambos sexos.
- La promoción de acciones de formación y sensibilización en materia de educación sexual y/o para la salud.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Resiliencia
- Los estilos educativos
- Desarrollo y potenciación de las relaciones saludables con sus iguales.
- Favorecer las condiciones para que existe un ajuste escolar.
- Recursos que ayudan la canalización positiva del tiempo libre, favoreciendo experiencias y acciones alternativas.

Si realmente se apuesta por el bienestar de la infancia y de la adolescencia, es necesario desarrollar, promover y estimular los factores protectores, partiendo de la

implicación y sensibilización de los adultos, los padres, del apoyo de las administraciones y de la promoción de iniciativas sociales dirigidas a este colectivo, otorgándoles valores formativos, educacionales e integradores, sin olvidar el apoyo a las familias.

Como propone Krauskopf (2007), hay que insertar y reelaborar las estrategias de fomento de la resiliencia en la etapa adolescente

Por otro lado, las investigaciones sobre adolescencia y resiliencia (Munist & Ojeda, 2007; Melillo, 2007; Silber, 2007) señalan la importancia de tener en cuenta las características propias de este momento evolutivo.

Como síntesis de los estudios acerca de psicopatología infantil podemos recapitularlos en este cuadro adaptado de Grizenko y Fisher, (1992).

Tabla 14: Factores protectores y de riesgo

Factores de riesgo	Factores de protección
<b>Factores específicos del niño</b>	
Sexo masculino	Temperamento fácil
Escasas capacidades intelectuales	Importante implicación en el juego e iniciativas reconocidas positivamente
Temperamento difícil	
Anomalías cromosómicas	Buenas relaciones con sus iguales
Historia de enfermedad crónica	Apego seguro en la infancia
Trastornos de la comunicación	Capacidades intelectuales altas
Institucionalización prolongada	Buenos resultados escolares
Graves daños cerebrales	Participación en dos o más actividades
Complicaciones perinatales	Autoimagen positiva
Retrasos de desarrollo	<i>Lugar de control interno</i>

Historia de abusos o negligencia	Buenas relaciones miembros fratría
	Presencia de un confidente
<b>Factores específicos de la familia</b>	
Graves conflictos maritales y divorcio	Relaciones madre-hijo positivas
Trastornos psiquiátricos de la madre/padre	Relaciones padre-hijo positivas
Bajo nivel de educación de la madre/padre	Escasez de separaciones largas del cuidador primario
Hostilidad materna y conflicto con el hijo	
Criminalidad paterna	Familia unida
Bajo nivel educativo del padre/madre	Presencia de un compañero masculino en el hogar o un apoyo marital
Superpoblación o familia numerosa	
Violencia familiar	
<b>Factores específicos del ambiente</b>	
Bajo nivel socioeconómico	Apoyo de adultos de la comunidad
Muchos estresares ambientales	Implicación de la comunidad
	Nivel socioeconómico alto
	Ingresos familiares altos

Elaboración propia. Adaptado de Grizenko et al, (1992)

Podemos concluir a la vista de este listado que la combinación de factores de protección es positiva y la acumulación de factores de riesgo es negativa para el buen desarrollo del sujeto.

### 5.3.- LA RESILIENCIA EN ADOLESCENTES. SU CONSTRUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la cual las transformaciones biológicas, sociales, cognitivas y emocionales son extraordinarias y presenta unas características propias, como hemos visto.



Aparecen los cambios puberales y parte de la crisis de identidad característica de este momento evolutivo se centra en el cuerpo. Las relaciones con los adultos evolucionan, buscando una identidad propia, distinta que lo diferencie de sus progenitores.

Los adolescentes cuestionan las normas, insisten en la reafirmación de lo propio, el grupo de pares cobra un significado particular, los amigos, del mismo género son apoyos y confidentes, se creen todopoderosos y sin embargo, están inseguros.

Su inseguridad puede en ocasiones, si no es sostenida, ser fuente de fracasos que no favorecen la autoestima y les detiene el impulso necesario para avanzar. Un manejo adecuado de las experiencias negativas, expresadas y analizadas, como fuente de aprendizaje y generadoras de nuevas alternativas, y como búsqueda de soluciones son un gran soporte en la construcción de la resiliencia.

La adolescencia además es un momento evolutivo muy sensible y una oportunidad para reorganizar su sentido y proyecto de vida. Un adolescente tiene que reorganizar su vínculo, desprenderse del vínculo parental y aventurarse en otra relación que será afectiva y sexual.

Este periodo abre un tiempo en el que es posible modificar las representaciones negativas adquiridas en la infancia, si se ha tenido que sufrir una herida, se trata de un punto de inflexión en la existencia, de un periodo tan emocionalmente intenso, que esa emoción capacita a la memoria biológica para aprender otro estilo afectivo, siempre que el entorno le ayude y le facilite para que pueda hacerlo. Según lo que su contexto, su escuela, su barrio y su sociedad disponga a su alrededor, tendrá más probabilidades de encontrar amigos socializadores, sin embargo estas ocasiones no son pasivas, ya que el adolescente va a buscar en su entorno a lo que aspira.

Un adolescente herido puede aprender la seguridad afectiva de la que ha podido carecer ya que el establecimiento de relaciones fuera de la familia puede modificar el modelo de vínculo adquirido. Lecomte, J. (2004).

El proceso de resiliencia encuentra en este lapso de tiempo de la adolescencia un periodo propicio que pueden aprovechar para reanudar su aventura existencial constructiva quienes hayan vivido una experiencia traumática.

Este proceso invita a realizar el balance de las propias capacidades para afrontar mejor la prueba y es preciso para impulsar su proceso de resiliencia es preciso actuar también sobre el entorno, y sin duda desde la escuela que puede ser un tutor de resiliencia, entrenando al adolescente para adquirir nuevas capacidades, trabajar la historia que constituye nuestra personalidad, aprender a pensarse a si mismo en otros términos y luchar contra los estereotipos que dicta la cultura, siguiendo el compromiso ético de la resiliencia

### **Características psicosociales del adolescente resiliente**

Los trabajos de Mrasek y Mrasek, en Rutter y Hersov, (1985) y Lösel et al., en Brambring, (1989) aportan ciertas características del funcionamiento psicológico en niños y niñas resilientes:

- Mayor tendencia al acercamiento
- Mayor autoestima
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza
- Mayor autonomía e independencia
- Habilidades de enfrentamiento que incluyen orientación hacia las tareas, mejor manejo económico, menor tendencia a la evitación de los problemas, a la vez, que menor tendencia al fatalismo

Otros investigadores como Bernard (1991), intentan caracterizar a una persona resiliente, como sujetos socialmente competentes, poseedores de habilidades para la vida tales como:

- el pensamiento crítico,
- la capacidad de resolver problemas y de tomar la iniciativa
- firmes en sus propósitos
- con una visión positiva de su propio futuro, intereses especiales
- metas y motivación para salir adelante en la escuela y en la vida.

Los trabajos de Dubow y Tisack (1989, en Milgran y Palti, 1993) señalan que,

tanto el apoyo social como la habilidad para resolver problemas sociales, mejoran el funcionamiento de los menores, desdibujando los efectos adversos que tienen las formas de vida estresantes. Estos autores sostienen que el apoyo social actúa como un recurso ambiental, activado por otros; mientras que la capacidad de resolución de problemas es un recurso personal, activado por ellos mismos.

Wolin y Wolin (1993) señalan esas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella:

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.

Independencia: Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.

La capacidad de relacionarse: La habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas para balancear la propia necesidad de simpatía y aptitud para brindarse a otros.

Iniciativa: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Humor: Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia. Se mezcla el absurdo y el horror en lo risible de esta combinación.

El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. En la infancia se expresa en la creación y los juegos, que son las vías para revertir la soledad, el miedo, la rabia y la desesperanza.

Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Milgram (1989, en Milgram y Palti, 1993) sostiene que las personas que enfrentan

exitosamente diversas fuentes de estrés en la vida, son aquellas que son activas frente a estas situaciones. Cuando los recursos ambientales no son suficientes, estas personas los buscan para suplir sus necesidades.

La visión de estos autores resulta interesante, en tanto sostienen que los niños son más capaces intelectualmente y rinden, en términos generales, mejor en el plano académico; pero que si bien estas características son necesarias, no son suficientes para un desarrollo sano.

Los estudios de Werner (1982,1989) y Garmezy (1993), proponen tras sus investigaciones, algunos factores que se observan en los niños y adolescentes que estando expuestos a situaciones adversas se comportan de forma resiliente.

Según estos autores estos factores se agrupan en torno a cuatro aspectos que ayudan a promover comportamientos resilientes:

- Características del temperamento, en las cuales se observan un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y capacidad de respuesta ante los demás
- Capacidad intelectual del sujeto y su utilización positiva
- Naturaleza de la familia, cohesión familiar, ternura y preocupación por el bienestar infantil
- Disponibilidad de fuentes de apoyo externo, como es contar con un profesor, o instituciones como la escuela que les sirven para ayudarles a superar sus dificultades.

Lösel (1994) en sus estudios propone que entre los recursos **más** importantes con los que cuentan los menores resilientes se encuentran:

- Contar con una relación emocional estable al menos con uno de los padres, o bien alguna persona significativa.
- Disponer de apoyo social desde fuera del grupo familiar
- Vivir en un clima educacional abierto, y con límites claros
- Disponer de modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo

- Tener responsabilidades sociales adecuadas a su momento evolutivo, a la vez que exigencias y motivación de logro.
- Poseer competencias cognitivas, y al menos, un nivel intelectual medio.
- Disponer de unas características temperamentales que favorezcan un enfrentamiento efectivo
- Haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva.
- Tener un enfrentamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes
- Asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al enfrentamiento a la vez que, contextualizarlo de acuerdo a las características propias del desarrollo.

El autor señala que pueden existir además otros factores protectores, que pueden no ser igualmente efectivos, sin embargo, cuando varios factores actúan de forma combinada son capaces de promover un desarrollo sano y positivo, independientemente de las dificultades en las condiciones de vida.

Fonagy et al., (1994), señalan algunas características que presentan los niños resilientes relacionadas con el propio sujeto, con el medio social próximo y con su comportamiento, su funcionamiento psicológico:

Tabla 15: Características niños resilientes relacionadas con si mismo y el entorno

Características del niño	Del medio social inmediato	Características psicológicas
Niñas prepúberes	Nivel socioeconómico más alto	Mayor C.I. y habilidades de resolución de problemas
Niños en etapas de desarrollo posteriores	Padres competentes	Mejores estilos de enfrentamiento
Ausencia de déficits orgánicos	Buena relación con al menos un cuidador primario	Motivación de logro.
Temperamento fácil	Apoyo social, familiar u otros en la edad adulta	Autonomía y lugar de

Menor edad en los momentos traumáticos	Buena red informal de apoyos (vínculos)	control interno
Ausencia de separaciones o pérdidas tempranas	Buena red de apoyo a través de mejor experiencia educacional y de participación en actividades en relación a la religión y de fe	Empatía, conocimiento y manejo de relaciones interpersonales Voluntad y capacidad de planificación Sentido del humor positivo

Elaboración propia. Adaptado del Estado del Arte(1999)

Es importante señalar el papel que Soebstad (1995) asigna al humor en tanto rasgo de personalidad propiciador de resiliencia,. destacando la importancia, tanto en la salud física como mental de los niños.

Vanistendael (1995) también señala la importancia que tiene en el desarrollo de la resiliencia el sentido del humor y advierte que este aspecto ha sido mencionado escasamente en las investigaciones. Agrega que un requisito básico para promover comportamientos ligados al humor en términos positivos, es el que los niños vivan experiencias de confianza.

La inteligencia parecía ser un requisito necesario para el comportamiento resiliente, sin embargo, Grotberg (1995 b) en otro estudio realizado en distintos países, en menores con bajo nivel intelectual, indicaron que a pesar de su limitación intelectual, estas personas estaban realizando acciones promotoras de comportamientos resilientes.

Gonzalez Arratia et all (2008 ) muestran que los adolescentes engloban la resiliencia en seis dimensiones:

- seguridad personal,
- autoestima,
- afiliación,
- baja autoestima,

- altruismo y
- familia.

Dichas dimensiones pueden corresponderse con los modelos de resiliencia propuestos por Bernard (1991), Werner y Smith (1992), Wolin y Wolin (1993), Melillo y Suárez (2003) y Henderson y Milstein (2003).

Tales dimensiones permiten calificar a los individuos resilientes como firmes en sus propósitos, poseedores de una visión positiva del futuro, competencia personal, confianza en sí mismos, con control interno, sentido del humor, autonomía y habilidades cognitivas, todos los cuales son factores que facilitan la resiliencia (Bernard, 1991)

Una de las dimensiones, la familia sigue siendo el grupo social que ofrece más seguridad y equilibrio emocional al adolescente y es un factor protector en la resiliencia de los individuos (Aguirre, 2002; Bernard, 1991; Robbins, 2001; Verduzco, 2004; Walsh, 2004).

#### 5.4.- EVOLUCIÓN DE LA RESILIENCIA A TRAVÉS DE LAS ETAPAS DEL DESARROLLO

---

El desarrollo es un proceso complejo en el que distintos factores interactúan entre si en forma dinámica. A la complejidad del proceso agregamos también factores de resiliencia, cuyo fortalecimiento oportuno aparece como componente necesario e imprescindible en las intervenciones sociales de promoción del desarrollo.

En los distintos momentos evolutivos de la vida se señalan unas características y necesidades que fortalecen la acción psicosocial del sujeto, de gran importancia para la vida y que ejercen un gran impacto en la promoción de la resiliencia, en la forma en que se atienden sus necesidades básicas, en las condiciones en las cuales los adultos generan para protegerlos y cuidarlos, en el amor que se les da y en el estímulo de sus capacidades. ( Puerta, 1999)

Cada adolescente tiene un trayecto en su desarrollo. El desarrollo es un proceso complejo en el que distintos factores interactúan entre si en forma dinámica.. En los

distintos momentos evolutivos de la vida se señalan unas características y necesidades que fortalecen la acción psicosocial del sujeto, de gran importancia para la vida y que ejercen un gran impacto en la promoción de la resiliencia, en la forma en que se atienden sus necesidades básicas, en las condiciones que generan los adultos para en las para protegerlos y cuidarlos, en el amor que se les da y en el estímulo que se ejerce para fomentar sus capacidades.

Algunos autores como Wolin y Wolin (1993) consideran que existen resiliencias en plural identificando siete, que se desarrollan a lo largo de las etapas de la vida infancia, adolescencia y edad adulta, evolucionando progresivamente a través de cada una de las etapas del desarrollo, adoptando diferentes manifestaciones en cada una de ellas. En los niños aparecen todavía sin formar como comportamientos intuitivos. En la adolescencia estos comportamientos se agudizan y llegan a ser deliberados. En la edad adulta se profundizan hasta llegar a ser parte de la personalidad.

Para explicar su teoría acerca de las resiliencias múltiples, se representan en una sucesión de círculos concéntricos que rodean un núcleo de gran importancia correspondiente al ser humano, siendo su mapa conceptual coincidente la en representación con la concepción de los sistemas de desarrollo de Bronfrennbrenner (1997)

Los elementos que parecen favorecer la resiliencia son los mismos que facilitan el desarrollo normal de una persona equilibrada. En el cuadro se refleja el desarrollo de las resiliencias en cada etapa evolutiva.

Las distintas etapas del desarrollo psicosocial exige la cobertura de unas necesidades básicas y las acciones que podemos desarrollar para cubrir estas necesidades y promover la resiliencia.

**Tabla 16: Resiliencia y etapas del desarrollo**

<b>RESILIENCIAS</b>	<b>DESARROLLO DE LAS RESILIENCIAS EN CADA ETAPA DEL CICLO VITAL</b>		
	<b>NIÑEZ</b>	<b>ADOLESCENCIA</b>	<b>EDAD ADULTA</b>
<b>Introspección:</b>	Intuición:	Conocimiento:	Comprensión:



Capacidad para observar y observarse a sí mismo a la vez. Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.	Forma particular de sentir. Intuición preverbal sobre algo que percibe como injusto	Capacidad para dar nombre a los problemas sin autoinculparse. Conocimiento bien articulado del problema y sistemático del mismo.	capacidad de transferir experiencias ya vividas a la resolución de problemas actuales. Comprensión de sí mismo y de los otros. Tolerancia
<b>Independencia:</b> Capacidad para fijar los límites , para mantener distancia física y emocional del problema sin caer en el aislamiento.	Alejamiento: Distanciamiento que el niño expresa, alejándose el problema. Decisión de deambular aislándose cuando un problema está en el ambiente	Desentendimiento: Tomar rienda de su propia vida, desentendiéndose de los problemas , dejando de buscar la aprobación del adulto	Separación: Asume el control de sí mismo, tomando decisiones en beneficio propio sin perjuicio para los demás
<b>Capacidad para relacionarse:</b> Capacidad para crear vínculos fuertes con otros	Relaciones fugaces con personas emocionalmente disponibles	Relaciones más comprometidas con adultos y pares que pueden ser soporte	Relaciones maduras , equilibradas entre dar y recibir
<b>Iniciativa:</b> Tendencia a exigirse y avanzar en exigencias, Responsabilidad personal para lograr autonomía e independencia	Exploración: Tendencia a seguir la propia curiosidad, explorar el mundo a través del ensayo-error	Trabajo: Capacidad para mantenerse ocupado en actividades escolares y extraescolares. Identificar y solucionar	Equilibrio: Enfrentar desafíos, equilibrar proyectos personales y sociales.

		problemas	
<b>Humor:</b> Encontrar el lado positivo y humorístico a las situaciones. Tiene una raíz común con la creatividad.	Juego: Es una forma consciente e inconsciente de contrarrestar las situaciones estresantes	Moldearse: Juego más elaborado con fantasía y creación, exige disciplina e imaginación	Sentido del Humor: Verse desde fuera y transformarlo en beneficioso para uno mismo y los demás.
<b>Creatividad:</b> Crear orden y belleza y objetivos a partir del caos y el desorden. Relacionada con el humor puertos seguros para la reestructuración de sus experiencias	Juego: Canaliza los miedos con su imaginación y fantasía, recrea las situaciones estresantes y las controla según sus deseos y recupera la confianza y valor perdidos	Artística: Empleo del arte y la comedia de forma estética a los pensamientos y sentimientos	Sentido del Humor : No se minimiza el dolor, se reordena el caos y es un elemento de resistencia subjetiva
<b>Moralidad:</b> Comprometerse con valores específicos y desear para los demás el mismo bien que a uno mismo	Juicio: Distinguir lo bueno de lo malo, desarrollando capacidades de dominio sobre nuestra propia vida	Valores: Reconocer los propios valores y fortalezas. Valorar y decidir acerca de los comportamientos	Servicio: Capacidad para entregarse a los demás, servir y contribuir también al bienestar de otro
<b>Autoestima</b> <b>Consciente:</b> Constituye la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo del niño o adolescente por	Vínculos: Se separa de la familia para unirse a pares, manteniendo vínculo familiar como seguridad.	Vínculos: Participa en la toma de decisiones necesidad de mantener vínculo primarios como seguridad.	Vínculos: Mantenimiento de vínculos afectivos como seguridad para cubrir otras necesidades.

parte de un adulto significativo		Interacción con iguales	
<b>Pensamiento crítico:</b> Parte de la moralidad de la creatividad, la independencia y la interrelación. e indaga	Capacidad de preguntarse: Preguntarse acerca de las soluciones. No hay una única realidad posible	Capacidad reflexiva. Se cuestiona la positividad, los hechos, evitar la creencia inmediata de la realidad tal cual la percibimos	Capacidad reflexiva: Independencia de pensamiento. Cuestionamiento de la realidad dada. Conocimiento de otro mundo posible

Elaboración propia. Adaptado de Puerta(2002)

**La iniciativa** se manifiesta en la exploración que se hace del entorno y la del adulto en su capacidad de emprender acciones. La independencia se observa en su actitud de alejarse o desligarse de circunstancias desagradables, un adulto se conduce con autonomía que es la capacidad de adaptarse a situaciones externas. La introvisión del niño se manifiesta cuando percibe que algo va mal en una situación ambiental, el adulto muestra una percepción mas desarrollada de que está mal y por qué. Cuando el niño busca conectarse con los demás, está exhibiendo una resiliencia relacional, el adulto posee un complejo conjunto de destrezas que le permiten entablar relaciones con otros. El humor y la creatividad en los adultos se explican por si mismos, en el niño se manifiestan en el juego. La moralidad de un niño se manifiesta a través de sus juicios sobre el bien y el mal, en lo adultos implica tener altruismo y actuar con integridad. Wolin y Wolin (1993) sostienen que poseer una sola de estas características puede bastar para impulsar al sujeto a superar los desafíos de un medio disfuncional o estresante y que a menudo se desarrollan resiliencias adicionales a partir de un único punto fuerte inicial. Los individuos que enfrentan una disfunción familiar o ambiente en ocasiones una respuesta disfuncional puede contener elementos resilientes como huir del hogar disfuncional indica cierta iniciativa e independencia, que sin aprobar la actuación puede desencadenar un proceso de resiliencia.

**La introspección** es preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta, contribuye a un desarrollo equilibrado del yo del sujeto. Este preguntase a si mismo desencadena el proceso de autoestima del sujeto, la consistencia afectiva de la relación

con uno mismo. Si es negativa y el yo es víctima de una exarcebada crítica interna por su conciencia vinculada al superyó o está agobiado por las exigencias de sus ideales, no va a poder darse una respuesta honesta, especialmente si implica una autocrítica que lesionará su autoestima. El sujeto se defiende rechazando interrogantes que pongan en peligro su equilibrio. Por tanto el desarrollo de la capacidad de introspección está íntimamente ligado a la autoestima que a su vez es fruto de las buenas relaciones con los otros significativos.

**La independencia** se basa en un adecuado desarrollo del principio de realidad, que permite juzgar una relación externa prescindiendo de los deseos íntimos del sujeto, que le pueden llevar a no ver con claridad desde fuera la verdadera situación. El amor de un niño por sus padres o el temor a perder el amor de ellos hacia él, lo obliga a negar la realidad penosa por la que puede estar pasando en su relación con ellos, lo que le hace quedar atrapado en situaciones de violencia o riesgo que dificultan su desarrollo. Sólo si el yo del sujeto ha alcanzado un juicio de realidad adecuado, basado en una sólida autoestima, podrá fijar los límites con el medio sin quedar aislado.

**La capacidad para relacionarse con otros** es consecuencia de la necesidad de los seres humanos para vivir. La necesidad constante de afecto que requiere la autoestima del sujeto pone en marcha esta necesidad para toda la vida. El desequilibrio puede dificultarla tanto de forma positiva como negativa, la baja autoestima lleva al sujeto a pensarse no merecedor de la atención de los otros, lo que provoca en los demás un alejamiento de él y por exceso cuando la sobrestimación afectiva sirve para ocultar carencias provocando un alejamiento disfrazado de soberbia que acaba también alejando a los demás. Cuando la relación con los demás es adecuada no solo se desarrolla la capacidad de relacionarse, sino la de tener iniciativas y ser tenidas en cuenta por los otros

**Iniciativa** Entendida como el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas que progresivamente requieren más esfuerzo. Se refiere a la necesidad de hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos, a la capacidad para la responsabilidad personal, necesaria para lograr autonomía e independencia. En la primera etapa se manifiesta como la tendencia a seguir la propia curiosidad, a explorar el mundo físico a base de ensayo y error. A ocuparse de actividades de aprendizaje, con capacidad para identificar y solucionar problemas

**El Humor** es un rasgo que constituye un comportamiento muy significativo de la mente humana, y éste muestra como la percepción de una situación puede reconfigurarse y producir un cambio en el comportamiento y en los afectos. Freud (1927) afirma acerca del humor que su esencia consiste en ahorrarse los afectos a que habría dado lugar la situación y a saltarse mediante una broma la posibilidad de tales exteriorizaciones de sentimiento, recelando así la capacidad de transformar el sufrimiento en placer. Mediante el humor el sujeto rehúsa sentir lo doloroso de la realidad, sin obviarla, y ser atrapado por el sufrimiento. El humor significa un triunfo del yo, es una defensa contra el sufrimiento y contribuye a la salud mental. Es una operación intelectual y una actitud del yo frente a la realidad penosa. El humor es un modo de sobreponerse, de estar por encima de uno mismo, sin altanería.

El humor es un poderoso recurso simbólico sustentador del lazo social y de identificaciones grupales, que le hacen ser un elemento de resistencia subjetiva frente a la adversidad. El humor es un recurso para el sostén de la subjetividad, del lazo social y de la identidad grupal y contribuye a fortalecer la resiliencia en su función de resistir a la adversidad.

**La Creatividad** es una cualidad de la mente humana, parte de la naturaleza humana y la condición creativa depende de cómo se desarrolle el sujeto. El origen de la creatividad es el juego. Parea el niño el juego es una forma de tratar la realidad, de insertar las cosas del mundo en un orden que comprende. El juego no es solo imaginativo, al jugar desplaza al exterior sus miedos y problemas internos dominándolos mediante la acción. Actúa creativamente repitiendo en el juego las situaciones que resultan excesivas para su yo débil, superándolas con la ayuda de objetos externos, cambiando las situaciones no placenteras por las que le agradan. Poco a poco va dejando de jugar y asumiendo las realidades y de adulto es capaz de crear y manipular situaciones nuevas. No poner trabas a la creatividad del niño y estimularla afectivamente para que se desarrolle es tarea fundamental de los padres y la escuela para lo que es fundamental la gratificación afectiva.

**Moralidad:** Actividad resultante de una conciencia informada. Se expresa en el deseo personal de bienestar de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y discriminar lo bueno de lo malo. Consecuencia para extender el deseo personal de

bienestar propio y ajeno y comprometerse con valores. Abarca la capacidad para desear al otro el mismo bien que para uno mismo, capacidad para darle sentido a la vida. Capacidad para reconocer las propias fortalezas y valorar y decidir acerca de que comportamientos puedo asumir.

**Autoestima consistente:** Constituye la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo del niño o adolescente por parte de un adulto significativo. Lo que el adulto piensa o hace por los menores y la forma como lo comunica, tendrá un impacto significativo en la forma en que se concibe a sí mismo.

Cuando nos planteamos la resiliencia e incluimos el término “adaptación positiva” para reconocer un proceso resiliente en el sujeto, nos damos cuenta que ese concepto es inseparable de las expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo tomando como referencia una sociedad determinada que establece esos parámetros y metas, en un momento y lugar determinados. El término nos proporciona una connotación ideológica, marcando la necesidad de crear espacios para diferentes interpretaciones de lo que se considera desarrollo normal y resiliencia en función de cada contexto.

Desde la moralidad, considerada un pilar de resiliencia, se puede definir como la voluntad de ampliar el deseo personal de bienestar a los otros y el compromiso con los valores. Desde este pilar comienza a generarse un soporte nuevo que añadir a la construcción de la resiliencia, es el pensamiento crítico.

**El pensamiento crítico** es aquel que trata de indagar en la naturaleza de la practica social, analizando sus componentes más allá del consenso social, no aceptando un destino inexorable, cuestionando la estructura social y constituyendo el punto de partida de la crítica social. Permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la situación de adversidad que se sufre para proponer modos de enfrentarla y transformarla. Este pilar también se apoya en otros como la creatividad, la independencia y la interrelación. Es como la síntesis que une lo personal y lo social partiendo de la percepción de la realidad social. El pensamiento crítico es el que puede crear un movimiento que se pueda oponer a la razón instrumental, una razón comunicativa y una alternativa que busque la justicia.

## 5.5 ADOLESCENTES, RESILIENCIA Y SALUD MENTAL

---

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales, cuyo desarrollo armonioso depende de factores biológicos, sociales y educativos, así como familiares y relacionales, aunque la interpretación de la importancia que tiene cada área en la génesis y la influencia en el desarrollo emocional y cognitivo es muy variable y controvertida.

Aún hoy en día ante los problemas psíquicos, educativos o sociales que se puedan presentar en estas edades, existen diferentes equipos implicados para la atención de los mismos, por lo que es difícil en la práctica trabajar desde una visión integral e integrada, haciéndolo por lo general separadamente.

Los profesionales que trabajamos en dispositivos sociales, educativos o de salud mental para niños y adolescentes, no podemos olvidar que son personas en desarrollo y por tanto influenciables por el entorno; a su vez la propia problemática mental, así como las dificultades de aprendizaje o sociales, pueden provocar reacciones en este mismo medio que produzcan de nuevo respuestas que aun empeoren más la situación; o bien por el contrario, la respuesta social de la familia, del barrio, de la escuela, acepte, contenga o integre al chico con ciertas dificultades o síntomas, favoreciendo su evolución.

Los problemas de salud mental en los jóvenes representan un importante reto para la salud pública de todo el mundo. Las medidas preventivas pueden ayudar a evitar el agravamiento y la progresión de los trastornos mentales, y una pronta intervención limita la gravedad de los mismos. Los jóvenes a los que se les reconocen sus necesidades de salud mental actúan mejor en la sociedad, rinden de manera más eficaz en la escuela y tienen más posibilidades de convertirse en adultos productivos y bien adaptados socialmente que aquellos cuyas necesidades no están siendo satisfechas.

Los adolescentes con trastornos que afectan a su desarrollo, trastornos de salud mental y sus familias requieren de los servicios de distintos ámbitos profesionales, sanitario, educativo y social, de forma sincrónica. Requieren una atención educativa, aún estando en situación de crisis, que no les suponga un retraso en el proceso de aprendizaje, a la par que ofrecerles la mayor “normalización” posible en un contexto de hospitalización.

En este contexto de Pedagogía Hospitalaria se pretende continuar con lo propio de las personas, esto es, con la educación que fomenta valores, actitudes, hábitos, disposiciones, conocimientos,... que permiten el manejo, de forma prudente y responsable, de las experiencias que con la enfermedad aparecen. Es una educación que orienta en la adquisición de las potencialidades y capacidades desde la enfermedad que se padece y teniendo en cuenta las limitaciones que esta genera. Desde este contexto se trata de cumplir el objetivo prioritario de la pedagogía hospitalaria, minimizar, en lo posible, las dificultades en el desarrollo psicológico, pedagógico, biológico y social que puedan sufrir todos aquellos menores que tengan problemas de salud, procurando establecer todos los apoyos útiles y necesarios para evitar los problemas añadidos a la enfermedad que padecen y proporcionales la continuidad de su proceso educativo, siguiendo el curriculum establecido con carácter general y paliar el retraso que pudiera darse en las actividades escolares.

En los últimos años se ha desarrollado el enfoque de la resiliencia, centrado en la salud mental y la prevención de posibles trastornos.

La relación entre resiliencia y salud en general, es considerada por la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2005) que discute actualmente una nueva definición de salud, como una tentativa a desarrollar un concepto más amplio e integral.

La resiliencia pone en evidencia la deficiencia del concepto clásico de salud como estado libre de enfermedad y hace necesaria la puesta en relación de varias disciplinas al mismo tiempo. La resiliencia es uno de los campos de investigación que hoy instaaura un nuevo paradigma en las ciencias sociales, generando una expectativa alta en la forma como se enfrentan los individuos a las condiciones adversas del medio en el que viven.

Las investigaciones presentadas en la actualidad han permitido mostrar con un buen grado de certeza la forma como opera la resiliencia y sus múltiples aplicaciones en las diferentes instancias sociales, aunque persisten algunos aspectos en los que se debe profundizar con mayor énfasis.

Esto permite, entonces, pensar en instaurar procesos de intervención educativa, que se desarrollen desde la primera infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, que



permitirá generar sujetos con capacidades de enfrentar situaciones adversas presentes y futuras en su contexto microsocial y macrosocial.

Se puede pensar que la salud y la enfermedad no son dos conceptos opuestos, sino que uno es consecuencia de la pérdida del otro. La salud no es algo cuantificable, es un estado de equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, ya que debemos tener en cuenta que el hombre es una unidad biopsicosociocultural y paralelamente al equilibrio con el medio, debe darse un equilibrio entre el cuerpo y la mente.

Teniendo en cuenta esto, se puede definir a la salud como el estado resultante del equilibrio dinámico del cuerpo, la mente y el ambiente natural y social. El hombre precisa ciertos elementos para mantenerse en estado de equilibrio dinámico, cuando uno de ellos no se encuentra disponible en cantidad y calidad adecuada, aparece un estado de necesidad. Esto se traduce en un desequilibrio que genera acciones destinadas a corregirlo para restablecer el equilibrio inicial.

Sin dejar de ocuparnos de lo urgente, que es la enfermedad, hoy se deben buscar caminos hacia lo importante, que es la salud, aceptando que ésta no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado completo de bienestar físico, psicológico y social (Urbina y Acuña, 2002).

Es muy ilustrativo comparar los conceptos básicos de salud mental y resiliencia referidos por Melillo, Soriano, Méndez y Pinto 2004, en Melillo, Suárez y Rodríguez, (2004) porque presentan en común estas definiciones:

TABLA 2: SALUD MENTAL Y RESILIENCIA

Salud mental	Resiliencia
Proceso determinado histórica y culturalmente en cada sociedad.  Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.	Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.
Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de	Depende de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los

las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.	otros humanos, responsable en cada historia singular de la construcción del sistema psíquico humano.
---	--

Melillo, Soriano, Méndez y Pinto, ( 2004)

Estas coincidencias nos llevan a pensar que lo que se entiende como promoción de la resiliencia en el marco de una comunidad, al producir capacidad de resistir las adversidades y agresiones de un medio social sobre el equilibrio psicofísico de los componentes de una comunidad, niños, adolescentes y adultos produce salud mental.

En el transcurso de la vida, todos los seres humanos podemos estar inmersos en experiencias de crisis y/o adversas, entre ellas los trastornos de salud mental y es precisamente el estudio de la resiliencia el que se ocupa de identificar los modos en que la gente supera la adversidad y el dolor. Una vez considerado la relación entre salud mental y resiliencia hacemos una revisión de algunos estudios que nos preceden.

---

#### 5.5.1 Estimaciones acerca de la salud mental en adolescentes

---

Durante mucho tiempo se ha negado que los niños sufrieran trastornos mentales o se ha minimizado su importancia. Se han considerado problemas menores que podían ser resueltos por personas sin preparación y experiencia. Sin embargo la realidad es bien distinta, más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y ya nadie duda en el mundo científico, de que exista una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta (Tsuang et al., 1995).

Tampoco hay duda respecto a la gravedad y serias consecuencias que tienen estos trastornos cuando no se tratan. La ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y supone un coste muy alto para las familias y una carga para la sociedad. Se da la circunstancia de que un porcentaje muy elevado de niños y jóvenes que sufren trastornos mentales y no son diagnosticados terminan en Centros de Menores y en el mundo de la delincuencia, es decir, lo que no hizo el sistema sanitario pasa a ser un problema del sistema judicial cuando ya es muy difícil la solución (Kauffman, 2004). No hay que olvidar que estos

trastornos pueden prevenirse, otros tratarse y curarse y una gran mayoría de pacientes puede llevar una vida satisfactoria.

Según un informe de la OMS (2005) se estima que aproximadamente el 5-15% de la población infantil presenta trastornos psicológicos irreversibles o que afectan gravemente a la vida social del niño. Así, se estima que entre un 7 y un 25% de los preadolescentes y entre un 8 y un 21% de los adolescentes presentan trastornos mentales.

Los datos epidemiológicos disponibles sugieren que hay una prevalencia del 20% de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo. De este 20%, se reconoce que entre el 4 y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (WHO, 2005).

Kessler et al, (2005) informan de que la mitad de todos los casos de trastornos mentales permanentes, empiezan sobre los 14 años de edad. Levav et al, (2004), señalan que el grado de cobertura y calidad de los servicios para los jóvenes es generalmente peor con relación a los de adultos y esta diferencia se agrava en países de bajos ingresos. Se estima que entre el 5 y el 20% de la población necesita de un servicio de salud mental infanto-juvenil.

En España, no se han realizado estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de niños y adolescentes en población general, y de ámbito nacional, solo existen algunas encuestas comunitarias que aportan información relevante, limitada a una determinada área geográfica y de la cual no se pueden obtener generalizaciones. La realizada en Valencia indica que la prevalencia global de trastornos mentales en la infancia y adolescencia es de 21,7% Gomez-Beneyto (1994).

La prevalencia global de los trastornos mentales en niños y adolescentes en España, es similar a la observada en otros países, y se sitúa entre un 10%- 20%, según los diferentes estudios. Las variaciones de los resultados se deben a las características de los sectores en los que se basó el estudio, el tipo de escala, y el método diagnóstico utilizado. (Franco y otros, 2004).

Tanto el niño como el adolescente expresan su sufrimiento psíquico de una manera diferente a como lo hacen los adultos, de ahí la necesidad de desarrollar programas específicos de atención a esta población y que los profesionales que les

atiendan tengan una formación también específica.

La peculiar forma de ser y estar de los niños en su medio familiar, social y escolar hacen imprescindible la coordinación con el resto de las instituciones de atención a la infancia, ya sean los Equipos de Atención Primaria, los profesionales de la Atención Especializada, los Servicios Sociales, los Servicios Educativos y el Sistema Judicial.

Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad, y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años. En conjunto, unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos.

Los problemas mentales de los adolescentes están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, uso de estupefacientes, estilos de vida peligrosos, delitos, una salud sexual deficiente, autolesiones y un escaso cuidado de sí mismos, factores que aumentan los riesgos.

Si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaces, es esencial que exista una mayor conciencia pública sobre los problemas de salud mental y un respaldo social general a los adolescentes. La protección de la salud mental del adolescente comienza con las familias, la escuela y la propia sociedad. Si se educa en materia de salud mental, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su vez puede aliviar los problemas de salud mental si los padecen y evitar comportamientos de riesgo.

---

#### 5.5.2- Incidencia de los problemas de salud mental en adolescentes

---

**Según el informe sobre la salud mental de niños y adolescentes (2008) en España** la edad modula las características clínicas de los trastornos mentales y estos

surgen en un momento u otro del ciclo vital dependiendo de la edad del individuo. En el **cuadro 18** se expone la cronología de aparición de algunos trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. Los Retrasos del desarrollo, el Autismo y otros Trastornos generalizados del desarrollo se manifiestan desde los primeros meses de vida.

Los problemas de comportamiento desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, el consumo de sustancias desde los 11-12 años, la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14-15 años y la depresión desde los 5-6 años, parecen indicar que la edad de comienzo de estos serios problemas se reduce. Todos estos trastornos pueden ser diagnosticados y tratados.

La ausencia de tratamiento puede llevar a serios conflictos en la familia y en algunos casos puede llevar al maltrato del niño, cuya situación los padres no comprenden. Para todos ellos existen medidas terapéuticas que pueden mejorar y en muchos casos curar.

TABLA 3: EDAD DE COMIENZO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

trastorno	Edad ( años)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Vínculo</b>	x	x	x															
<b>TGD</b>	x	x	x	x	x	x												
<b>T.C</b>			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
<b>Ánimo y ansiedad</b>						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Consumo drogas</b>												x	x	x	x	x	x	X
<b>Psicosis adulto</b>															x	x	x	X

Fuente (OMS, 2005)

Un aspecto fundamental de los trastornos de salud mental en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales de niños y adolescentes son los factores de riesgo

y de protección de sufrir psicopatología (Offord, 1998).

Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que el niño o el adolescente sufra problemas o trastornos mentales, mientras que los factores de protección disminuyen esa probabilidad y mejoran la evolución. Unos y otros pueden ser de tipo genético, intrauterino, perinatal, familiar y social. Son algunos ejemplos la vulnerabilidad genética para sufrir depresiones, que la madre fume durante el embarazo, anoxia durante el parto, conflictos en la familia o pobreza.

Las características del medio familiar son fundamentales para el desarrollo normal de los niños (Mardomingo, 2003b) y un factor de riesgo elevado es que uno de los padres sufra un trastorno mental (Mardomingo et al., 2005).

El trastorno mental paterno o materno altera la interacción padres-hijo, disminuye la capacidad para la crianza y educación apropiadas y favorece la conflictividad entre los padres.( Informe de Salud Mental, 2008)

El adolescente se encuentra en un largo proceso de crecimiento y maduración, con unas tareas muy concretas, cuyo objetivo final debe ser la adquisición de las siguientes capacidades:

- *Identidad*: encontrar un sentido coherente a su existencia.
- *Intimidad*: adquirir la capacidad para las relaciones maduras.
- *Integridad*: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.
- *Independencia psicológica*: adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo, sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta.
- *Independencia física*: adquirir la capacidad para ganarse la vida y ser independiente de la familia. Tradicionalmente el adolescente, hasta hace poco, tenía como metas conseguir la independencia respecto a los adultos, aceptar su imagen corporal, establecer una identidad sexual y moral y encontrar pareja, estilo de vida y vocación. La adolescencia es un fenómeno típico de las sociedades civilizadas.

La Society for Adolescent Medicine en una breve declaración publicada en Febrero de 1995 define la Medicina del Adolescente como la dedicación al cuidado de

la salud, preparación profesional, investigación de la salud y apoyo relacionadas con personas entre 10-25 años de edad.

La Medicina del Adolescente se dedica a proporcionar cuidados tanto en atención primaria como en el cuidado especializado. Esta institución también ha definido las siete características que deben de configurar la atención a este grupo de edad. De su aplicación derivará una atención adecuada tanto para el adolescente como para el médico. Estas características son:

- disponibilidad,
- visibilidad,
- calidad,
- confidencialidad,
- satisfacción,
- flexibilidad y
- coordinación.

La justificación de la medicina del adolescente viene dada por tres parámetros:

**a) Mortalidad:** es el único grupo de edad sano pero cuya mortalidad aumenta,

**b) Morbilidad:** tienen enfermedades y trastornos característicos propios de esta edad como acné, escoliosis, alteraciones menstruales y empeoramiento, rechazo o mal control de enfermedades previas o crónicas

**c) Conductas de alto riesgo** por los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que da lugar a consumos de alcohol, drogas, iniciación a la actividad sexual con riesgo de embarazo y de I.S.

Durante estos últimos años, los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes se han hecho más complejos: dificultades adaptativas y alteraciones en la salud mental, dificultades escolares, consumo de alcohol y drogas, inicio precoz de relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual.

Muchos de sus problemas de salud tienen su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y juventud. A los “clásicos” y repetidos pero no por ello menos importantes como consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales que aumentan el riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, consumo de tabaco, actividad física insuficiente, malos hábitos nutritivos o trastornos en la conducta alimentaria se han añadido de una forma meteórica los de las llamadas: *generación Nacida Digital (ND)*, *generación I (Internet)* o *generación Google* y los de una sociedad del bienestar con unos cambios tan importantes en la estructura familiar que en la actualidad nadie se atreve a predecir su evolución.

Los adolescentes suelen seguir un patrón psicosocial que no siempre se corresponde con los cambios físicos. Los adolescentes pueden variar, según Royo, (...) fundamentalmente en dos grupos opuestos:

a) la mayoría están en el que se puede calificar de *normativos o “normales”*. Son los que tienen un rendimiento académico adecuado; realizan actividades extraescolares de tipo cultural social, deportivo; no adoptan comportamientos de riesgo como consumo de drogas, abuso de Internet, trastornos de alimentación, conductas de violencia, comportamientos sexuales de riesgo; tienen amistades y relaciones emocionales constructivas y mantienen con los padres y con los adultos en general una relación cordial.

b) el de los “*conflictivos*”: Son los que fracasan en la escuela, incluso son expulsados del sistema escolar, no tienen interés por realizar actividades culturales, sociales, deportivas; sus comportamientos son de riesgo, tienen amistades peligrosas y cuya relación familiar es cada vez más ausente o se ha convertido en la extensión de un campo de batalla.

Desde los años setenta se vienen realizando estudios para conocer el estado psíquico y los problemas de salud mental de los adolescentes, tanto entre la población general como entre la población clínica de Atención Primaria (AP), y en algunos grupos de especiales características como los de origen inmigrante o los menores en circunstancias de adversidad psicosocial. Gran parte de los hallazgos de la mayoría de estos estudios son bastante coincidentes:

- Entre el 12 y el 20% de la población general, y un tercio de la población



clínica de AP ha padecido algún trastorno mental en el último año.

- El trastorno puede remitir espontáneamente en unos meses o persistir.
- La mayoría de estos trastornos son de tipo internalizado (ansiedad, depresión).
- La detección es más fácil y más frecuente entre los de tipo externalizado (hiperactividad, conductas disociales).
- De los casos positivos la mayoría sólo acude a AP.
- Los motivos de consulta en la gran mayoría de los casos son los síntomas físicos, sin conciencia explícita del trasfondo psíquico.
- En psiquiatría y salud mental la tasa de abandonos suele rondar el 50%.
- La detección en pediatría es poco sensible (20,8%), pero de alta especificidad (90,7%).

Uno de los objetivos esenciales del plan de salud mental debe ser evitar el estigma y discriminación de los niños y adolescentes. Los problemas psiquiátricos o mentales siguen siendo motivo de vergüenza para las familias y mucho más aun para los niños y los jóvenes que disponen de menores recursos intelectuales y emocionales para enfrentarse con la crítica y el desprecio.

Las campañas de educación, el apoyo a las familias y la integración en el Sistema Nacional de Salud, como el resto de los pacientes y especialidades sanitarias, son medidas fundamentales para evitar la discriminación.

La mayoría de estos trabajos sobre salud mental adolescente encuentran una relación entre la prevalencia y las variables edad y género. Así, Bragado et al. (1995) descubren, con una muestra clínica de 236 sujetos entre 6 y 17 años, que los trastornos de conducta y de eliminación disminuyen al aumentar la edad de los sujetos, mientras que los trastornos depresivos y de alimentación aumentan.

Los datos permiten a estas autoras afirmar que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva, coincidiendo con otros estudios citados por ellas mismas, y realizados con muestras comunitarias.

En cuanto al género, estas autoras encontraron una tendencia cercana a la significación en su relación con el tipo de trastorno, siendo más frecuentes los trastornos de conducta, del sueño y eliminación en los varones, y los de alimentación, ansiedad y depresión en las mujeres.

Gutiérrez et al. (1995), en una muestra de 249 niños menores de 7 años, encontraron que la razón varones/mujeres era de 4.3 a favor de los varones en los trastornos específicos del desarrollo, 2.0 para los trastornos adaptativos, 1.9 en los de conducta, 1.7 en los de eliminación, 0.6 en los de ansiedad, y 0.4 en los trastornos de la conducta alimentaria.

Pedreira et al. (1992), en 221 sujetos menores de 15 años, encontraron que las mujeres presentaban mayores tasas de ansiedad e inhibición, y los varones más trastornos de conducta y más dificultades madurativas, no habiendo diferencias en el diagnóstico de psicosis.

La carga de sufrimiento que lleva consigo toda enfermedad, se ve multiplicada en el caso de la enfermedad mental por otros condicionantes añadidos, ajenos a la misma patología: rechazo, mala fama. Todo ello se sobrelleva, casi siempre en soledad, por la persona que la padece. Sin embargo, si, además, la enfermedad afecta a niños y adolescentes, los mencionados efectos tienen un componente aún más dramático. Esto es así porque lo cierto es que las personas con enfermedad mental todavía permanecen como grupo marginal.

Los trastornos mentales de la población infantil y juvenil son poco conocidos en nuestro entorno social e incluso en el profesional, lo cual dificulta la consecución de ayuda en el preciso momento en que se sospecha que algo no funciona. Además, nos encontramos con el problema de la doble marginación que sufre en España la atención de la salud mental de los niños y adolescentes.

Cuando la enfermedad avanza y se cronifica trae consigo dos elementos denominados con términos similares, pero con distinto contenido: perjuicio y prejuicio. Al perjuicio de la salud, se añade el prejuicio sobre la persona que la sufre. El prejuicio se alimenta del desconocimiento y es en este terreno donde nace y se fortalece el estigma.

En el caso de los niños y adolescentes se podría eliminar el prejuicio existente que lleva a retardar la solución del problema para evitar al niño el trauma de llevarlo al psiquiatra

o al psicólogo, esperando en vano que el paso del tiempo lo solucione.

Por lo tanto, es de gran importancia el cuidado de la salud mental en la infancia y adolescencia tanto en aquellos que puedan desarrollar trastornos en algún momento, como a los que tempranamente ya los presentan de forma evidente. (Fernández Liria y Gomez- Beneyto, 2010)

Entre las prioridades definidas en el Plan de Acción Europea para la Salud Mental (Helsinki, 2005) muchas están específicamente destinadas a la salud mental de niños y adolescentes, y en particular a aspectos relativos a la promoción, prevención y estigma.

Dicho Plan propone difundir el conocimiento de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia y de las situaciones psicosociales determinantes de riesgos o patologías psíquicas.

Asimismo propone rechazar estigmas, discriminación y desigualdad, estudiar y dar a conocer la situación y necesidades asistenciales de los niños y adolescentes con trastornos mentales graves.

En cuanto al Libro verde de la Salud Mental (Bruselas, 2005), en sus propuestas de estrategias para mejorar la salud mental, también destaca la necesidad de acciones de Promoción de la Salud Mental para todos. Y entre las Acciones que propone, directamente relacionadas con niños y adolescentes, están:

- Desarrollar estrategias globales de promoción de la Salud Mental dentro del contexto de la Salud Mental, de la Salud Pública y de otras políticas públicas que establezcan la promoción de la Salud Mental durante todas las etapas de la vida.
- Considerar la promoción de la Salud Mental como una inversión a largo plazo y desarrollar programas de información y educación a largo plazo.
- Desarrollar y ofrecer programas efectivos de apoyo y educación a la paternidad y maternidad que tengan su inicio en el embarazo.
- Desarrollar y ofrecer programas basados en la evidencia que fomenten habilidades, proporcionen información y se centren en la inteligencia emocional y funcionamiento psicosocial en niños y jóvenes.

## 5.6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

---

En cumplimiento de la **Orden 2316/1999, de 15 de octubre, del Consejero de Educación**, por la que se regula el funcionamiento de las actuaciones de compensación educativa, garantiza la continuidad del proceso educativo del alumnado que, por razones de hospitalización y convalecencia prolongada, no puede seguir un proceso normalizado de escolarización en su centro educativo.

Para dar respuesta a las necesidades de todos los alumnos y dar cumplimiento al principio de igualdad de oportunidades en educación la Comunidad de Madrid cuenta con recursos humanos y tipos de apoyos diferentes para el alumnado enfermo.

Su actividad educativa se sitúa en el marco de la educación compensatoria y atención a la diversidad.

Como se ha hecho referencia en el Capítulo 3 para dar respuesta al alumnado enfermo en la Comunidad de Madrid se cuenta con varios dispositivos según las necesidades asistenciales de los alumnos. Entre el alumnado enfermo se encuentra aquel aquejado de algún trastorno mental y que por sus características requiere una serie de cuidados y recursos adecuados a sus necesidades.

Los CET- HD se constituyen como un recurso de intervención coordinada de profesionales procedentes de diferentes sectores (educativos y sanitarios) para proporcionar una atención integral al alumnado que manifiesta trastornos psíquicos que se inician en la infancia y en la adolescencia (recogidos y definidos en las clasificaciones nosológicas DMS-IV-TR y CIE 10).

Tienen por objeto la atención a los alumnos que, transitoriamente, no pueden asistir a los centros educativos por necesitar un tratamiento intensivo en entornos estructurados. Se estipula que aproximadamente entre un 15 y un 22% de niños y adolescentes presenta un trastorno mental diagnosticable, necesitando ingreso psiquiátrico entre un 1-2% de entre los que presentan dicho trastorno (Jiménez, 2004).

Las Unidades de Hospitalización Breve para niños y adolescentes son recursos terapéuticos hospitalarios, en régimen de internamiento total, para aquellos niños de entre 6 y 11 años de edad, y adolescentes entre 12 y 17 años, cuya patología psiquiátrica ha sufrido una crisis lo suficientemente grave y perturbadora como para requerir

tratamiento intensivo de esta índole.

La finalidad del ingreso es la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el niño/ adolescente como con su familia, a través de un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas y coordinadas (y no solo la mera contención), preparando el tratamiento ambulatorio posterior. (Jiménez, 2004)

La Comunidad de Madrid cuenta con dos Unidades de Hospitalización Breve para adolescentes, dentro del modelo organizativo de las Aulas Hospitalarias en dos hospitales el Niño Jesús y el Gregorio Marañón. Es en esta última donde vamos a llevar cabo nuestro estudio.

Los principales indicadores de actividad y otros datos referidos a Unidades de Hospitalización Breve de la Comunidad se reflejan en el siguiente cuadro adaptado del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

TABLA 4: datos unidades hospitalización breve Comunidad de Madrid

	camas	Ingresos año	Altas año	Estancia media	Estancia + 2 m	+ 1 ingr
UADO	20	285	248	12	4	19
N.JESÚS	19	390	377	15.1	5	72
Total	39	675	661	13.5	9	92

**Elaboración propia. Adaptado Plan estratégico de Salud Mental 210-14**

Los trastornos mentales de los niños y los adolescentes tienen una etiología multifactorial, en la que factores individuales, familiares y del entorno sociocultural contribuyen tanto al desarrollo del trastorno como a su forma de presentación y a su mantenimiento.

Las alteraciones psíquicas en la infancia ocasionan, además de un sufrimiento personal y familiar, un alto coste a la sociedad que va incorporando jóvenes con importantes problemas de relación, violencia, baja productividad y elevado consumo de recursos educativos, sanitarios, sociales y de justicia

Aunque los datos sobre trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia hay que tomarlos con precaución, y son casi siempre referidos a población clínica que consulta en Salud Mental, cada vez más se reconoce que a partir de los 12-14 años se produce un aumento importante tanto de trastornos de conducta y del control de los impulsos como de reacciones depresivas y estados de ansiedad.

Frecuentemente son diagnosticados como Trastornos Adaptativos por su relación directa con acontecimientos vitales (tanto externos como internos) que vive el adolescente. Son trastornos prevalentes en la adolescencia la conducta antisocial, cefaleas recurrentes y dolores inespecíficos, las fugas del hogar, los trastornos de la conducta alimentaria, y la ideación suicida y autodestructiva.

Los trastornos de conducta, como único diagnóstico, son un criterio de exclusión de ingreso, sin embargo, un gran número de patologías diagnósticas están asociadas a problemas de conducta.

La atención a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria ha ganado interés social y profesional en los últimos años. En el conjunto de diagnósticos psiquiátricos en su rango de edad, los TCA representan el 1,5% con alto impacto tanto a nivel social como familiar.

En El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 20010-2014, se cita que la tasa de mortalidad por suicidio, se multiplica por 33 en las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, en comparación con la población general. En la Depresión mayor se multiplica por 21, y en el caso de las toxicomanías, por 86.

La prevalencia global de Trastornos de la Conducta Alimentaria ha sido estimada en el 4.7% entre adolescentes escolarizados en Madrid. En todos estos estudios, las tasas de Anorexia nerviosa resultaba en torno al 0,3%.

El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Junio 2005), señala que:

Los TCA suponen la primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre los 15-24 años, siendo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, el más frecuente. La estancia media de los ingresos por TCA en residentes en la Comunidad de Madrid es de 20,9 días, más de dos veces la estancia media por todos los diagnósticos en hospitales de la Comunidad de Madrid (9,2 días).

Un 30% de las personas han ingresado dos ó más veces en 2003. Existe una alta co-morbilidad con otros trastornos mentales. Entre los años 2001-2003 el número de casos ingresados de pacientes residentes en la Comunidad de Madrid ha permanecido estable.

Las conductas de riesgo ó relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina.

Según datos del Registro de Casos Psiquiátricos en 2007 fueron atendidos 556 casos nuevos con diagnóstico de TCA en la red de Centros de Salud Mental.

El total de personas, tanto de casos nuevos como de casos conocidos del sistema, fue de 2.612 pacientes, siendo el 88 % mujeres.

En los últimos años se observan cambios en el perfil de muchos pacientes donde se presentan, además de la patología propia, otros trastornos asociados como los cuadros mixtos, trastornos de personalidad, cuadros de aparición más tardía, impulsividad, cronicidad, etc.

Los adolescentes no son un grupo homogéneo. No existe el adolescente sino adolescentes. Trabajar con adolescentes implica tener presente la multiplicidad de diversidad que aportan, descubrir sus culturas y subculturas. Tenemos que partir del análisis de su realidad desde un punto biopsicosocial, desprendiéndonos de todos nuestros prejuicios de adultos, acercándonos a ellos sin juzgarles. Demostrándoles nuestro aprecio a pesar de no estar siempre de acuerdo con ellos





## CAPÍTULO 6: PEDAGOGIA HOSPITALARIA Y RESILIENCIA. LA INTERVENCIÓN EN EL AULA HOSPITALARIA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

---

### 6.1. INTRODUCCIÓN.

---

Los sistemas educativos están obligados a dar respuesta a las demandas sociales y necesidades de los ciudadanos a los que sirven, para que todos puedan recibir una educación y una formación de calidad. (LOE, 2006).

El alumnado que, por razones de salud, debe permanecer temporalmente hospitalizado, se encuentra en situación de desventaja dentro del sistema educativo.

La asistencia irregular a su centro de referencia y las posibles alteraciones emocionales que suelen aparecer durante la permanencia de este alumnado en las instituciones hospitalarias, pueden ser el origen de retrasos escolares, por lo que estos alumnos necesitan una respuesta educativa adecuada a las necesidades que en cada uno de ellos pueden manifestarse.

Esta respuesta educativa, debe estar orientada a garantizar la continuidad del proceso educativo del alumno y contemplar tanto las necesidades educativas específicas relacionadas con aspectos curriculares como aquellas otras necesidades de tipo afectivo-personal.

La Comunidad de Madrid es pionera tanto en cantidad como en calidad en la atención educativa a alumnos hospitalizados o convalecientes, todos los hospitales de la región dotados de camas pediátricas cuentan con aula hospitalaria, además de dos unidades específicas de atención a alumnos con problemas de salud mental en fase aguda.

### 6.2. LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE. UADO

---

La Red de Servicios de Salud Mental presta atención especializada a la población adolescente de la Comunidad de Madrid con arreglo a la zonificación sanitaria general lo que posibilita una mayor accesibilidad a los servicios y una garantía en la continuidad

de los cuidados sanitarios y socio-sanitarios a lo largo de todo el proceso de enfermedad.

La vía de acceso a los servicios por parte de la población, salvo en los casos de necesidad de atención urgente, son los Servicios Ambulatorios de Salud Mental generalmente de los Centros de Atención Primaria (Centros de Salud Mental).

Dichos Servicios tienen una distribución por todos los distritos sanitarios de la Comunidad de Madrid con uno o más puntos de consulta, cubriendo tanto la atención a la población adulta como a niños y adolescentes.

En primer lugar ha de tenerse en cuenta que muchos menores manifiestan a través de sus conductas estados internos que no saben expresar de otra forma y que reflejan las contradicciones o falta de adecuación entre sus necesidades y las respuestas que reciben en los diferentes entornos incluido el escolar.

Entre las situaciones más frecuentes que pueden dar lugar a problemas graves de comportamiento son:

- Falta de control de los impulsos.
- Situaciones de frustración, estrés, falta de sentido, de pertenencia.
- Fracaso ante los estudios o expectativas respecto a ellos
- Bajas expectativas respecto a sus posibilidades de estudios
- Resistencia a asumir las normas establecidas, contradicciones entre las normas.
- Falta de reconocimiento de su identidad cultural.

Un primer paso será identificar las situaciones de entre las señaladas, cuando se trata de un problema grave del comportamiento, no es fácil, ya que suelen ocurrir más de una de estas situaciones y generalmente se encuentran relacionadas con la dificultad para controlar dicha conducta por parte del propio sujeto.

En estos casos, en los centros educativos se planifican medidas más directamente relacionadas con la intervención individual, que refuerzan la realización de tareas, las de enseñanza aprendizaje, alternativas a las conductas desadaptadas, y el desarrollo de habilidades comunicativas en el mismo momento de realización de dichas tareas de enseñanza-aprendizaje.

Estas medidas de acompañamiento a la labor del aprendizaje, decididas en función

del análisis de la situación estarán relacionadas con el reforzamiento de conductas más funcionales o adaptativas, siguiendo los planteamientos generales para la intervención personalizada.

- La intervención directa sobre el alumno o alumna basada en el acompañamiento para el éxito en lugar de las sanciones.
- La intervención con el grupo-aula buscando la colaboración de los compañeros y restablecimiento de relaciones positivas.
- Planificación conjunta con otros agentes poniéndose de acuerdo en la intervención, en lugar de en el reparto responsabilidades
- Modificación de aspectos organizativos y metodológicos de centro para la eliminación de barreras y creación de marcos facilitadores de la intervención.

En ocasiones estas situaciones requieren la intervención de especialistas en salud y desde los propios centros educativos, los alumnos son derivados por los profesionales de los Departamentos de Orientación a los especialistas de salud mental, que adoptan las medidas más oportunas para cada caso y los recursos adecuados a cada tipo de dificultad.

La Unidad de hospitalización Breve de Adolescentes del Aula Hospitalaria del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (UADO) es donde vamos a llevar a cabo nuestro estudio. La UADO está integrada en la red de atención psiquiátrica de la Comunidad de Madrid.

Fue inaugurada en el curso 2000-01, siendo en ese momento el único recurso sanitario existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad de Madrid.

Es un recurso terapéutico hospitalario cerrado en régimen cuidados 24/24 horas, cuyo objetivo general es la evaluación, intervención en crisis y estabilización de los adolescentes entre 12 y 18 años de la Comunidad de Madrid.

Es considerado un recurso supra-área (1,3,4,5,6,9,11) (7/11) con una población entre 12-17 años, de aproximadamente 250.000 menores.

Su objetivo principal es el estudio y estabilización de aquellos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización a tiempo total y régimen de cuidado intensivo.

Tiene una capacidad de 20 camas, ( distribuidas 10 para chicos y 10 para chicas) además de una cama para casos que precisen máxima vigilancia por motivos diversos . Cuenta con personal multidisciplinar especializado en la atención a esta población, entre este personal se incluyen dos profesionales de educación.

Aunque la actividad principal de la Unidad es la hospitalización breve de adolescentes, presta también los servicios de consultas ambulatorias en las que se cuenta con un programa específico para primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia.

Como objetivos específicos de la unidad, citaremos los siguientes:

- Tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de 12 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.
- Diagnóstico diferencial.
- Realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.
- Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial
- Reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.
- Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.
- Coordinación con instituciones sociales, educativas y sanitarias extra-hospitalarias.
- Realización de actividades de formación continua y docencia.
- Información y apoyo a familiares y representantes legales de los menores con trastornos mentales.
- Realizar investigación clínica y traslacional en neurodesarrollo y psiquiatría del niño y del adolescente

La finalidad del ingreso en este recurso es la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, trabajando tanto con el adolescente como con su familia, a través de un conjunto de intervenciones médicas y psicológicas integradas, educativas y coordinadas, y no solo la mera contención, preparando el tratamiento ambulatorio posterior.

La Unidad es un recurso terapéutico de tercer nivel sólo para pacientes cuya condición clínica no permita el tratamiento ambulatorio. La Unidad no cubre urgencias psiquiátricas, éstas deben acudir a su hospital de área.

No se puede ingresar directamente en la unidad. Los ingresos son programados con los equipos de salud mental de zona y sólo se hace efectivo el ingreso cuando está certificado por un psiquiatra que haya valorado al sujeto previamente.

Las vías de acceso son a través de:

- CSM de Distrito
- Hospitales de Día
- Servicios de Urgencia
- Interconsulta hospitalaria

El modo de ingreso es programado, programado-urgente o urgente.

Así mismo, el ingreso en ocasiones tiene una finalidad fundamentalmente diagnóstica, permitiendo una observación diaria y la realización de las exploraciones psíquicas y orgánicas que se crean necesarias. Los ingresos se restringen al mínimo tiempo necesario para reincorporar al paciente al medio comunitario.

Los criterios de ingreso hospitalarios son los siguientes:

- La edad entre 12 y 18 años
- Condiciones específicas
- Diagnóstico diferencial
- Trastorno mental en crisis:
  - T. Psicóticos descompensados

- T. Afectivos mayores
- Riesgo auto o heteroagresividad secundario en enfermedad mental
- Otros trastornos eje I descompensados
- Descompensación T. Personalidad

También existen criterios de exclusión para el ingreso en la Unidad:

- Retraso mental como único diagnóstico
- Conducta antisocial
- Abuso o dependencia de tóxicos como único diagnóstico
- Trastornos Generalizados del Desarrollo como diagnóstico principal

**El ingreso sigue un protocolo** que comienza con la recepción del paciente por parte de enfermería y posteriormente una primera entrevista con la familia del adolescente, en la que además del psiquiatra asignado, y enfermería, si el caso lo requiere el/la trabajador social, u otros profesionales.

Los alumnos ingresados presentan un **perfil diagnóstico** variado, los más prevalentes son los cuadros psicóticos, los trastornos disociales con patología mental asociada y los trastornos afectivos

Todos los ingresos tiene un común denominador que es la gravedad

Todos los casos son comunicados al juez.

**La coordinación** con otros dispositivos de salud mental y otras instituciones se hace imprescindible.

La interdisciplinariedad implica la colaboración y la participación responsable de todos los agentes (familia, profesionales y la comunidad) para responder adecuadamente a las necesidades del niño y del adolescente y de su familia con un óptimo aprovechamiento de recursos. (Grande, P. 2012). Entendemos por coordinación concertar medios o esfuerzos para una acción común. El fin último de todos los profesionales es común: el beneficio y el derecho del niño y de su familia a una atención global, coordinada y de calidad. ( Grande, P. 2012)

Con dispositivos de Salud Mental

- Hospitales de día
- CSM
- Otros profesionales o instituciones

Con los Servicios Sociales

- Servicios Sociales de zona
  - Programas de familia
- IMMF (protección y tutela)
- Fiscalía de menores

Con Instituciones Judiciales

- Fiscalía de menores Protección
- Fiscalía menores Reforma
- Área de conflicto social del IMMF

Con los Servicios Educativos

- Aulas hospitalarias
- CET- H.D.
- Institutos y Colegios:
  - EOEPs
  - D.O.s

**En la UADO se utilizan diferentes factores para la recuperación:**

Institucionales:

- Elevados niveles de contención con una estructura física y organizativa firme pero flexible.
- Coherencia.
- Cohesión.

- Trabajo en equipo .
- Coordinación interna (reunión diaria, reunión equipo semanal, trimestral, entrevistas conjuntas.)

Coordinación externa (reunión de área, telefónica, informe al alta)

Grupales:

En actividades estructuradas:

- Grupo terapéutico
- Educación
- Terapia ocupacional
- Asamblea de menores
- Actividades de ocio y tiempo libre (interacciones no estructuradas)

Individuales:

- Educación, apoyo, orientación, tratamiento médico, clarificaciones.
- En actividades estructuradas (entrevistas individuales con psiquiatra, intervenciones psicológicas, educativas: aula)
- no estructuradas (intervenciones enfermería)

Familiares:

- Educación, apoyo, orientación, re-estructuraciones vinculares
- En actividades estructuradas (entrevistas individuales con psiquiatra, grupo de padres)
- no estructuradas ( Intervenciones enfermería)

El trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, compuesto por 34 profesionales, de los que 5 son psiquiatras, una supervisora de enfermería compartida con otras unidades, 20 trabajadores de enfermería entre auxiliares de enfermería y DUEs, 1 psicóloga clínica, 1 trabajadora social, 2 terapeutas ocupacionales, dos



profesoras de Educación Secundaria, una de Ámbito Científico y otra de Ámbito Lingüístico y 2 administrativas a tiempo parcial. Hay también una neuropsicóloga y una psicóloga clínica PIR contratadas para investigación, y seis becarios dedicados exclusivamente a investigación. La Unidad se beneficia de la utilización de otros recursos humanos y materiales de los que dispone el hospital.

En la actualidad la Unidad de hospitalización Breve se puede considerar líder en cuanto a seguridad para la población psiquiátrica adolescente.

Las características de seguridad de sus instalaciones son:

- Mobiliario de máxima seguridad en todas las instalaciones de la Unidad. Fijación de camas, mesillas y taquillas para evitar incidentes.
- Puertas de seguridad en las habitaciones, de forma que sea posible la salida de la habitación en cualquier momento (para momentos de emergencia) pero no la entrada a la misma. La puerta de acceso a la unidad permanece cerrada, aunque si se activa la señal de incendio de abre automáticamente.
- Colchones ignífugos en todas las habitaciones, detectores de humo y sistema contraincendios.
- Cámaras de seguridad que vigilan las habitaciones donde se hayan hospitalizados pacientes en situación de riesgo y por lo tanto con necesidad de vigilancia constante. Las habitaciones tienen cámaras de seguridad con sistema de infrarrojos para control nocturno.
- Sistemas de seguridad en los cuartos de baño, como espejos irrompibles y duchas que se desprenden ante un peso considerable, para evitar la posibilidad de suicidio mediante cortes o ahorcamiento.
- Ventanas: clausuradas, con sistema de persianas especialmente diseñado para detectar restos de vómitos alimenticios y cristales blindados con persiana entre el doble cristal. Ausencia de barras y cortinas.
- Armario con herramientas para casos de emergencia, como llaves, palancas, etc.
- Botones de alarma en todos los despachos. En la actualidad se está en proceso de estudio de un sistema de alarma personal tipo busca.
- Disponibilidad de un guarda de seguridad en recepción perteneciente al hospital, que acude a la Unidad en casos de necesidad.

Además de la seguridad proporcionada por la infraestructura, se siguen normas básicas de seguridad en la actuación que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes.

Algunas de estas normas son el control de uso de encendedores y colillas, de hecho está prohibido fumar en la Unidad, control de colonias, lociones o enjuagues bucales, evitar el uso de recipientes de vidrio, mantener objetos personales punzantes o cortantes y útiles de afeitado bajo control, evitar piercings, pendientes, cordones de zapatos y cinturones en la unidad, mantener la medicación bajo llave y controlar constantemente los útiles de limpieza.

Las normas son explicadas y conocidas por los pacientes y las familias en el momento del ingreso. Anexo 9

La Unidad de adolescentes ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que la integran.

La introducción del EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión es sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde su puesta en funcionamiento.

El objetivo del Plan de calidad es desarrollar un sistema de mejora continua de calidad en la Unidad que facilitase la evaluación periódica de resultados.

La EFQM propone varios métodos o enfoques para realizar la autoevaluación. En la UADO se estudiaron estos enfoques y se optó por combinar dos de ellos, adaptando así las herramientas del modelo a las características del ámbito de aplicación:

Importancia del grupo evaluador: formación, representación de todos los colectivos profesionales, formado por voluntarios, ampliado en la segunda autoevaluación, etc.

1. En primer lugar, como método de recogida de información y de descripción de la situación inicial se redactó la memoria de la unidad siguiendo el esquema de “simulación de presentación al premio” propuesto por la EFQM. La memoria fue revisada por todos los profesionales de la Unidad y más de un 50% dio sugerencias al respecto, por lo que el contenido del documento final se considera una buena base para la auto evaluación.

2. En segundo lugar, como método de evaluación, se utilizó la herramienta Perfil, cuestionario proporcionado por el Club gestión de calidad que se recomienda para organizaciones con poca experiencia en el modelo. ( UADO, 2010)

Lo que se ha implantado en la Unidad es un proceso cíclico de mejora de calidad, que comienza con la autoevaluación para identificar oportunidades de mejora, y a partir de ahí priorizar áreas de mejora.

### **Misión**

Dar respuesta eficaz y eficiente a los problemas de salud mental de los adolescentes que precisan un ingreso hospitalario y un tratamiento ambulatorio en sus programas específicos. Esta asistencia se realizará al más alto nivel mediante la prestación de servicios integrados de atención sanitaria, docencia e investigación, además de la atención social, promoviendo el desarrollo personal y profesional de su equipo humano.

### **Visión**

Ser una unidad referente nacional e internacional que presta una asistencia eficiente, comprometida y sensible a las necesidades de los adolescentes, familias, servicios de salud mental infanto-juveniles y otros usuarios, a través de la implicación de todos los trabajadores de la unidad.

### **Valores**

9. Servicio al cliente.
10. Mejora continua de procesos.
11. Recursos humanos como principal activo de la unidad.
12. Calidad integral como respuesta a las expectativas del cliente.
13. Liderar la investigación nacional en Psiquiatría del Niño y del adolescente.
14. Impartir una docencia de excelencia.
15. Gestión participativa.

16. Algunos problemas también se pueden detectar en la UADO. La instrumentalización del servicio, recibiendo en ocasiones ingresos mal derivados o no procedentes, procurando una medicalización a otros problemas. Existe una carencia de recursos intermedios, por lo que en ocasiones se utiliza éste y no siempre se puede realizar el seguimiento del trabajo con las familias.

17. Las regresiones anti-terapéuticas como las actitudes oposicionistas ante normas, actitudes demandantes y pueriles, escaladas auto-agresivas, y la falta de continuidad de cuidados en la mayoría de edad y en hijos de pacientes

#### 6.2.- AULA HOSPITALARIA DE LA UNIDAD DE ADOLESCENTE: ACCIÓN DOCENTE

---

Los problemas de salud mental se caracterizan porque afectan a la vida emocional del sujeto, a la percepción, a sus funciones cognitivas, a la motivación y a los ritmos biológicos. Podemos distinguir dos grandes grupos, los que afectan a las emociones fundamentalmente y aquellos en los que predominan trastornos en el comportamiento. A estos podemos añadir otro grupo en el que predomina el trastorno del pensamiento, de la actividad sensorial y perceptiva y otro como los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos obsesivo-compulsivos.

Estos problemas suponen importantes alteraciones en la vida personal y escolar el alumno, afectando a su rendimiento académico y a su vida escolar en general, destacando en algunos casos su situación de desarraigo escolar y absentismo, en la mayoría de los casos provocada por la psicopatología que les afecta o por la modalidad de tratamiento a seguir.

Como ya hemos dicho en el capítulo 3 de este trabajo, el Aula Hospitalaria del CPEE-Hospital General Universitario Gregorio Marañón, cuenta con una concreción de esta modalidad educativa, que es la Unidad Breve de Hospitalización Psiquiátrica de adolescentes y desde su creación lleva ejerciendo su acción docente, con dos profesionales de educación secundaria para la atención al alumnado ingresado en ella,

cuya actuación puede situarse en el marco de la educación compensatoria y atención a la diversidad y en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria.

---

#### 6.2.1.- Algunos datos: Antecedentes

---

La UADO desde su creación se ha consolidado como una unidad de referencia en la atención a adolescentes.

La UADO durante el curso escolar 2010-11 realizó 254 atenciones educativas a 195 adolescentes que derivan y proceden de diferentes dispositivos de salud mental, o que ingresan por primera vez.

Los adolescentes atendidos se encontraban escolarizados en su mayoría 3º y 4º de la ESO.

Un 7% de los adolescentes que recibieron tratamiento en la UADO fueron derivados a un dispositivo menos contenedor pero también restringido, a los H.D-CET, donde siguen su proceso educativo dentro del mismo programa de educación compensatoria y bajo control sanitario. El resto, continúan con su proceso educativo normalizado en sus centros de referencia.

Finalmente, los alumnos que reingresaron durante el curso anterior alcanzó el 8%

Se mantuvo la coordinación preceptiva con los centros educativos. Se realizaron cuarenta actuaciones de coordinación con centros educativos de alumnos hospitalizados de media y larga estancia, que produjeron como resultado la emisión de otros tantos informes sobre el proceso educativo del alumno durante el periodo de asistencia al aula hospitalaria, según los modelos establecidos por las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid. (Anexos 1, 2 y 3)

También tuvieron lugar, doce actuaciones de coordinación con centros para tratar otros aspectos curriculares puntuales, como son los exámenes y aspectos relacionados con la vuelta al centro tras su periodo de hospitalización en aquellos casos que lo requirieron.

*Informes de alumnos emitidos emitidos: 50*

*Centros públicos y privados contactados: 62*

La coordinación se establece con los Departamentos de Orientación de forma mayoritaria, en algunos casos la coordinación se ha establecido con los tutores y en otros con algún miembro del equipo directivo de los centros

Los datos sociales de la UADO referidos al año 2010 fueron los siguientes: 156 menores atendidos en servicios sociales, de los cuales 88 eran extranjeros, menores extranjeros que requirieron intervención social 49, adoptados 23, con medidas de protección social, 62 y en reforma 2.

Datos sanitarios del curso 2009-2010: recogidos en la UADO, se contabilizaron 320 ingresos, con una estancia media de 12,42 días

TABLA 5: DIAGNÓSTICOS AL ALTA

DIAGNÓSTICOS AL ALTA	PORCENTAJE
T. psicóticos	16.5%
T. afectivos	12.8%
T. de conducta/c. y emociones	17.5%
T. hiperquinéticos	6.13%
T. adaptativos, neuróticos	16%
T. de conducta alimentaria	8.5%
T. orgánicos	2.6%
TGD	4.5%
T. de personalidad	4.5%
T. relacionados con drogas	5.06%

Elaboración propia. Fuente UADO( 2010)

TABLA 6: LOS MOTIVOS DE INGRESOS

MOTIVOS DE INGRESO	PORCENTAJE
Hetetoagresividad	44.3%
Autoagresividad	36.2%
Diagnostico diferencial	13.8%
Tratamiento (riesgo médico)	9%

Elaboración propia. Fuente UADO( 2010)

TABLA 7: LAS DERIVACIONES AL ALTA

DERIVACIONES AL ALTA	PORCENTAJE
CSM	65%
Consultas externas	13.6%
CET- HD	7%
Otros	13.6%

Elaboración propia. Fuente UADO,( 2010)

---

### 6.2.2. La acción docente en el Aula Hospitalaria

---

Como hemos dicho en el capítulo 1, realizaremos nuestra acción docente en el marco del Pedagogía Hospitalaria y según las instrucciones de organización y funcionamiento dictadas por la Dirección General de Infantil y Primaria de quien dependen las Aulas Hospitalarias de la Comunidad de Madrid. (BOCM, 2011)

El modelo organizativo para la coordinación con los centros de referencia de los alumnos, sigue los protocolos establecido en las Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid relativas asimismo al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada y reitera la necesidad de orientar la respuesta educativa a garantizar el proceso educativo de aquellos alumnos que por razones salud requieren hospitalización.

Las diferentes realidades dan cierta particularidad a la intervención educativa en la Unidad de adolescentes, pero a la vez es necesario que esta intervención educativa proporcione cierta normalidad al ingreso del alumnado durante su estancia en el Hospital.

### **Nuestra Aula**

El Aula es el contexto más normalizador de su hospitalización, en el que muestran su parte más sana y desde donde, los profesionales de la educación partimos para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los alumnos de la muestra presentan ciertas características comunes, es que se encuentran en situación de enfermedad y hospitalizados y si esto ya lleva consigo un sufrimiento, el tratarse de una enfermedad mental lo agrava.

Este sufrimiento además lleva añadido que tratándose de adolescentes o niños este sufrimiento es aun mayor por el rechazo social que provocan al tratarse de enfermedad mental, lo que les convierte aun más en un grupo de riesgo.

Los trastornos mentales de la población infantil y juvenil son poco conocidos, en general, lo cual dificulta la consecución de ayuda en el momento en que surgen las dificultades, por lo que algunos sujetos pasan por situaciones escolares de incomprensión y falta de ayuda.

La psicopatología se manifiesta con conductas disruptivas, y lo que es una circunstancia sanitaria se convierte en una situación disciplinaria y social que en nada ayuda a su descubrimiento y atención temprana.

Cuando la enfermedad avanza y se cronifica trae consigo dos elementos denominados con términos similares, pero con distinto contenido: perjuicio y prejuicio. Al perjuicio de la enfermedad salud mental, se le añade el prejuicio sobre la persona que la sufre. El prejuicio se alimenta del desconocimiento y es en este terreno donde nace y se fortalece el estigma.

Las familias actualmente tienen sus propios problemas laborales, personales, etc , los hijos expresan sus estados emocionales en la escuela, creando así conflictos con la figura de autoridad y con los iguales, en ocasiones, dando poco valor a estas actitudes y considerando que son solo llamadas de atención o que la institución escolar no les



interesa.

Los adolescentes en esta situación sufren porque no se sienten comprendidos, tienen poco apoyo emocional o al menos se quejan de su falta, por parte de los adultos

Un amplio número de adolescentes se sienten fracasados en la escuela, veremos que prevalencia hay en nuestra muestra de repetidores, y que se desinteresan por los aprendizajes escolares, cuando aún no están formados ni tienen las suficientes competencias para desarrollar trabajos cualificados que nos les lleven a la exclusión social.

Falta en algunos casos, más implicación de las familias, porque no pueden o saben contener, no muestran interés en el aprendizaje de los hijos, la visita a los centros y los encuentros con los profesores se distancia, a medida que los alumnos van pasando a ciclos más altos, hasta hacerse inexistentes en educación secundaria.

Facilidad para conseguir sustancias que más allá de la experimentación propia de la adolescencia les atrapa y les dificulta su desarrollo, les desarraiga de su medio natural evolutivo que es la escuela.

La ausencia de expectativas futuras de los adolescents, mucho paro juvenil en los jóvenes ya formados desconcierta a los que se están formando y se desintesan por formarse.

### **Los alumnos**

Los adolescentes que padecen enfermedades mentales, presentan a su vez conductas desajustadas y problemas psicológicos, sin duda el objetivo fundamental es la curación, pero su bienestar psicológico repercute en la mejora de su enfermedad.

Desde la acción docente podemos colaborar en su mejora, permitiendo y favoreciendo la continuidad con las rutinas escolares, manteniendo el nivel curricular evitando el desarraigo de la escuela y de su contexto, a la vez que se les ayuda a ver nuevas perspectivas de futuro, proponiendo siempre actividades que partan de los intereses de los alumnos, tratando de potenciar siempre sus puntos fuertes.

Los sujetos con los que trabajamos, son adolescentes que presentan unas características muy específicas, y particularidades muy concretas.

Se trata de adolescentes con diagnóstico de enfermedad mental, de distintas edades y cursos escolares. Procedentes de diferentes contextos sociales. Desconocen el tiempo que van a permanecer hospitalizados, y en ocasiones no solo rehúsan el ingreso, sino que son ingresados en el hospital contra su voluntad y sin tener siquiera conciencia de enfermedad.

No podemos establecer un perfil de alumnos que ingresan , pero todos ellos tienen en común una característica: la gravedad. Se encuentran en un momento de crisis, en una fase aguda de su enfermedad.

Los alumnos que ingresan en este dispositivo llevan tras de si, en muchos casos un elevado absentismo escolar.

Trabajar la motivación de eficacia es uno de los factores que los estudios de resiliencia establecen como su promotora, por tanto es para nosotros un objetivo educativo esencial partir de su nivel de competencia curricular y hacerles ver su eficacia. Volver a retomar la vida académica es una manera de mejorar el bienestar por lo que tratamos de partir de lo que conocen , no de lo que ignoran.

Mejorar la autoestima, desde la percepción realista de sus posibilidades, su satisfacción con la vuelta a la normalidad escolar y personal al alta.

Al acercarnos a nuestros alumnos, percibimos su sufrimiento, nos lo dejan ver a través de esa primera entrevista en la que nos muestran de forma seguramente inconsciente su enfermedad, su estado de ánimo, su personalidad y el modo de afrontamiento de las dificultades. Sus relaciones con iguales, y con los pares del sexo opuesto.

Conocemos que sufren algún trastorno psicopatológico, pero nos preguntamos que otros factores protectores o de riesgo llevan asociados a la enfermedad que puedan dificultar más su desarrollo, como el consumo de tóxicos, problemas vinculares y de relación, su problemática personal y social o educativa.

Podemos hablar sin embargo de unas características escolares que suelen repetirse en muchos de los casos:

- Son solitarios, poco integrados en sus centros educativos.
- Son independientes, y no se sienten pertenecientes al grupo clase.
- Algunos son perfeccionistas y muy preocupados por el trabajo escolar.

- A algunos les interesa sobre todo el trabajo escolar y lo ejecutan de manera compulsiva.
- Las autoagresiones también son muy frecuentes entre los alumnos.
- Su nivel escolar es variable, según los casos
- Tendentes a bajos estados anímicos ( a la depresión)
- Su baja autoestima es muy común entre ellos
- Afectividad inapropiada, inestabilidad emocional.
- Presentan dificultad en las relaciones interpersonales.
- Con sintomatología psicótica activa.
- Con sintomatología psicótica negativa.
- Trastornos de la psicomotricidad ( afecciones por medicación, u otros)
- Problemas de comportamiento: rebeldía, oposicionismo....

Los alumnos proceden de diferentes centros de la Comunidad de Madrid, o de otras Comunidades, de diferentes niveles educativos y cursos académicos.

También ingresan alumnos escolarizados en enseñanzas postobligatorias, bachillerato y ciclos formativos.

En cuanto a su nivel de competencia curricular, éste es muy heterogéneo, en ocasiones, no correspondiente al curso académico en el que se encuentran escolarizados, por debajo al que les correspondería.

Este desfase curricular puede deberse a diferentes causas sociales, académicas y clínicas. Entre las causas sociales podemos incluir la desventaja social, entre las académicas el desfase curricular, las dificultades de adaptación al contexto escolar o el absentismo escolar y como causas clínicas, el grado de deterioro de las capacidades cognitivas, el tipo y evolución del trastorno que padece o al periodo de hospitalización.

Los alumnos ingresados presentan diversas necesidades educativas específicas, con un perfil psiquiátrico muy diverso, y en cada uno de ellos los procesos de aprendizaje están condicionados a la evolución de su patología y a la respuesta al tratamiento.

En ocasiones, el alumno ha visto interrumpida temporalmente su rutina escolar y es imprescindible la vuelta al centro educativo para retomar las actividades curriculares,

que en muchos casos, esta incorporación al centro escolar puede ser fundamental para el progreso favorable de su enfermedad.

Los alumnos a su ingreso en el Aula presentan una serie de dificultades bastante comunes a todos ellos que podemos identificar:

- Atención dispersa
- Inseguridad
- Falta de motivación
- Estudio compulsivo. Perfeccionismo
- Dificultades lectoras: análisis, síntesis...
- Resolución de problemas, secuencias lógicas...
- Baja expresividad emocional
- Descontrol de impulsos
- Capacidad para trabajar en grupo: escasa o deficiente interacción

### **El ingreso**

El ingreso en la Unidad está condicionado a las normas generales sanitarias ya expuestas en el epígrafe anterior.

Reciben la atención educativa en el aula, todos los alumnos en edad obligatoria de escolarización y aquellos escolarizados en otros niveles y etapas de educación no obligatoria.

Su horario diario se aleja del que realiza un adolescente en su vida cotidiana. Los alumnos tienen estructurados todos los tiempos del día, incluido el horario escolar.

El Aula hospitalaria permite a los adolescentes hospitalizados encontrar espacios de normalidad, convirtiéndose en un lugar favorecedor para conseguir los objetivos educativos, ayudarles a reconocer y fortalecer vínculos afectivos, la confianza en sí mismos, centrando las actuaciones en generar seguridad y confianza, reforzando sus capacidades e incrementando su competencia en el aprendizaje.

La normalización escolar en un contexto hospitalario aumenta la relación con sus compañeros a través del establecimiento de ese contacto con la realidad escolar. La realización de actividades curriculares comunes a sus compañeros de clase y Aula, aumenta en ellos la autoestima y mejora su normalización en un contexto desestabilizador y hostil.

En los centros educativos, el profesor/tutor tiene una función de guía y facilitador de aprendizajes significativos, en las aulas hospitalarias lo tiene el profesor que también hace funciones de tutor, guía y facilitador de aprendizajes significativos.

El alumno en el momento que se incorpora al Aula por primera vez, realiza el cuestionario de recogida de datos personales y de su centro de referencia, donde además se constata un registro de la asistencia del alumno al aula, su fecha de incorporación y alta del Aula. Tras su cumplimentación realiza una entrevista semiestructura con los profesores donde el alumno aporta información personal y académica.

Este primer contacto en ocasiones es dificultoso, ya que el alumno no puede aportar mucha información académica y curricular, por sus circunstancias personales, clínicas y de ingreso.

Tras este primer momento se va completando la información del alumno, su motivación, intereses, estilo de aprendizaje, autoestima, valoración etc.

En casos de absentismo prolongado a los centros de referencia, y al comienzo de cada curso, se realiza una prueba de nivel, para poder partir del nivel de competencia curricular de cada alumno, para poder adaptar los contenidos curriculares del curso en el que se encuentre escolarizado.

### **Las normas**

Los alumnos a su ingreso, principalmente los que ingresan por primera vez, desconocen las normas estrictas y restrictivas que rigen la Unidad. Rechazan algunas de ellas por considerarlas inútiles para sí mismos, pero sin duda necesarias para otros alumnos.

Desconocen que el acceso de las familias a la Unidad, está restringido, solo se permiten las visitas autorizadas en un horario establecido y bajo supervisión. No se permiten las visitas de menores ni otros familiares.

Las llamadas telefónicas, o la recepción de llamadas, salidas con los padres o tutores se establecen desde la consulta médica y no están permitidas libremente. No están permitidas las visitas a otros familiares que no sean sus padres o tutores salvo excepciones previa autorización médica. El uso de móviles no está permitido.

Además de la seguridad proporcionada por la infraestructura de la Unidad, en el Aula se siguen normas básicas de seguridad durante el periodo escolar, que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes.

Los materiales escolares, no están a disposición de los alumnos, salvo excepciones médicas y con supervisión estricta de enfermería, fuera del horario escolar. Solo está permitido el libro de lectura libre o bien de lectura obligatoria propuesta por sus centros de referencia o por la profesora del Aula..

Los materiales escolares se recogen y archivan una vez ha terminado el horario escolar.

Algunas de estas normas en el Aula se refieren al control de sus materiales escolares, cuadernos (de hecho está prohibido utilizar cuadernos de espiral), control de capuchas de bolígrafos y rotuladores, evitar el uso libre de sacapuntas, ( solo se usan con control y supervisión), de utensilios de dibujo como el compás, no utilización de tijeras si no están bajo supervisión y control del profesorado, no está permitido ni beber ni comer nada durante la asistencia al aula.

No esta permitido el acceso libre a Internet, este acceso solo es posible bajo supervisión estricta del profesorado y exclusivamente a paginas relacionadas con temas educativos y curriculares, que aportan materiales o información que el alumno necesita y que son exigidas por la organización de su centro de referencia. No es posible el acceso a correo electrónico y mucho menos a redes sociales.

El periodo de trabajo escolar y el tiempo dedicado a la actividad curricular, está muy estructurado y con la consideración de intervención educativa obligatoria cumplir

por todos los alumnos escolarizados, durante su periodo de hospitalización. No hay lugar para el absentismo.

La realización de trabajos escolares fuera de la clase, no está permitida salvo permiso médico y guardando las normas estrictas de seguridad personal, tareas académicas y tiempo de ejecución de dichas tareas, para que ese adolescente pueda realizar el trabajo escolar propuesto, en el tiempo establecido y bajo control estricto de enfermería, por lo que han de ser establecido estos tiempos especiales, en coordinación con los demás profesionales. ( Anexo 4)

### **Los objetivos**

Los objetivos del Aula son los mismos que establece la dirección general de Infantil y Primaria para las Aulas Hospitalarias que son los siguientes:

- a) Proporcionar la atención educativa adecuada a los alumnos hospitalizados para asegurar la continuidad del proceso educativo y evitar el desfase escolar que pudiera derivarse de su situación.
- b) Establecer los cauces de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención de los alumnos enfermos: el centro docente y el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario (SAED).
- c) Favorecer la comunicación entre los alumnos con sus centros de referencia, con sus tutores y sus compañeros de aula, mediante el uso, entre otros, de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- d) Fomentar la utilización del tiempo libre en el hospital, programando actividades formativas y de ocio, en coordinación con otros profesionales y asociaciones que desarrollen acciones en el entorno hospitalario.
- e) Facilitar la incorporación de los alumnos enfermos a su centro educativo, una vez transcurrido el periodo de convalecencia.

El trabajo educativo en la Unidad de adolescentes conlleva una serie de objetivos específicos:

- Continuar el proceso educativo.
- Contribuir al proceso de normalización del alumno.
- Realizar una evaluación inicial de los conocimientos y destrezas del alumno.
- Adaptar la actividad educativa a la situación emocional del alumno.
- Planificar y diseñar actividades curriculares.
- Realizar actividades curriculares para continuar su proceso educativo con el menor costo posible para el alumno por el periodo de hospitalización.
- Desarrollar las habilidades que faciliten el “aprender a aprender”
- Posibilitar los procesos de relación y socialización
- Desarrollar habilidades de interacción social
- Planificar y diseñar actividades lúdicas y creativas que disminuyan el nivel de ansiedad.
- Adoptar una metodología individualizada.
- Orientar a los alumnos en su proceso de aprendizaje
- Posibilitar los procesos de relación y socialización
- Utilizar las TIC en el aula, dentro de las restricciones a las que los pacientes están sometidos.
- Integrar el aula en la dinámica general de la Unidad.
- Colaborar en el desarrollo del Proyecto EFQM.

## Contenidos



Los contenidos a desarrollar en el Aula se concretan en cada uno de los alumnos, ya que con cada uno de ellos se continua su proceso educativo siguiendo los contenidos generales curriculares de su etapa, curso y nivel.

Sin embargo en el Aula, se tiene presente el principio de globalización y se trabaja por ámbitos, así los profesores que imparten docencia en el Aula de la Unidad, son de ámbito socio-lingüístico y de ámbito tecnológico científico.

A los alumnos se le imparten las asignaturas de los dos ámbitos, aunque se les ayuda en otras materias.

Las competencias básicas están presentes en el trabajo de Aula, procurando incorporarlas en todos los aprendizajes.

## **Metodología**

**La metodología** que se utiliza en el Aula es:

- individualizada, adecuada a la edad, según el nivel educativo y respetando las condiciones sanitarias del alumno,
- Globalizada, no convirtiendo las materias en compartimentos estanca.
- Personalizada, respetando cada sujeto y sus circunstancias
- Participativa, dejando espacios de decisión al alumno, siempre que sea posible
- Flexible, evitando la rigidez que en ocasiones impone el curriculum y
- Significativa, que se construya conocimientos partiendo de los contextos y realidades de cada uno.

Los principios metodológicos que rigen la actividad docente son:

- normalización,
- individualización, y
- socialización, adoptando un enfoque positivo en el afrontamiento de la situación que les toca vivir.

Los niños y adolescentes que padecen enfermedades, a la vez presentan conductas desajustadas y problemas psicológicos, sin duda el objetivo fundamental es la curación, pero su bienestar psicológico repercute en la mejora de su enfermedad.

Desde la acción docente podemos colaborar en su mejora, permitiendo y favoreciendo la continuidad con las rutinas escolares, manteniendo el nivel curricular evitando el desarraigo de la escuela y de su contexto, a la vez que se les ayuda a ver nuevas perspectivas de futuro, proponiendo siempre actividades que partan de los

Todas las actividades se insertan en el currículo y se adaptan a los diferentes niveles educativos que se encuentran en el aula cada día, respetando sus peculiaridades, confiando en sus capacidades y transmitiendo interés hacia la persona y su historia, a la vez que exponiendo con claridad y precisión en las normas básicas de trabajo en común.

Aunque el acceso a Internet, está restringido las TIC ofrecen otras posibilidades de trabajo escolar, disponiendo de materiales informáticos de refuerzo curricular y otros programas que consolidan y favorecen otros aspectos cognitivos y metacognitivos, también necesarios para la construcción de nuevos aprendizajes.

Conocer el estilo de aprendizaje y la motivación para aprender ayuda en la actividad docente en el Aula.

La actividad docente en el Aula de la Unidad de adolescentes procura favorecer la autonomía, la autorregulación y el autocontrol, aspectos que en nuestros alumnos favorece la evolución positiva de la enfermedad, y les ayuda a su incorporación de nuevo a la vida escolar y a sentirse incluidos en ella. La autoestima, la eficacia, las habilidades sociales, el humor, la fantasía, el afecto, la aceptación de sí mismo, la ilusión, la alegría, el amor, la generosidad, el optimismo, el gusto por la vida y por el trabajo, la satisfacción de las cosas bien hechas, la afectividad, la tolerancia, la ayuda mutua, el altruismo....son el capital psíquico que cada niño debe incorporar a su memoria para convertirlo en sus guías de desarrollo y tejer su resiliencia y desde esta perspectiva llevamos a cabo nuestra acción docente.

### **Evaluación.**

Para la evaluación de los alumnos Los profesores de las Aulas Hospitalarias se atenderán, en todo momento, a la Orden 1028/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de

Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación en la Educación Primaria y los documentos de aplicación, modificada por la Orden 3225/2008, de 27 de junio, a la Orden 1029/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación de la Educación Secundaria Obligatoria y los documentos de aplicación y a la Resolución de 11 de junio de 2001, por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada.

En los protocolos de coordinación establecidos, en el informe sobre el proceso educativo durante el periodo de asistencia al Aula hospitalaria para el centro de referencia, se evalúan los objetivos y contenidos trabajados en el Aula durante su periodo de hospitalización.

#### **Modelo Organizativo de la Unidad de hospitalización breve de adolescentes.**

El modelo organizativo sigue el protocolo establecido por la Consejería de Educación en la Resolución de 11 de junio de 2001 por la que se dictan instrucciones de la Dirección General de Promoción Educativa, relativas al seguimiento y evaluación del alumnado hospitalizado o con convalecencia prolongada, BOCM de 9 de julio, y de las instrucciones de 9 de diciembre de 2010 de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, reiterando la necesidad de orientar la respuesta educativa a garantizar el proceso educativo de aquellos alumnos que por razones salud requieren los alumnos hospitalizados.

Según las citadas Instrucciones, los profesores de las Aulas Hospitalarias recibirán diariamente, de parte del hospital, la información del número de ingresos que se han realizado.

En el caso de la UADO, los profesores formen parte de la reunión diaria interprofesional conjunta del equipo, donde además de conocer los nuevos ingresos, o posibles altas se informa de la situación de cada uno de los pacientes-alumnos en las últimas dieciocho horas, desde la finalización del turno de mañana del día anterior,

hasta su comienzo del día, dando la debida información de lo acontecido con cada paciente y sus relaciones con la familia, el personal y el grupo de pares, acordando pautas para el trabajo sanitario, educativo y terapéutico diario, siempre para el mejor aprovechamiento de los recursos y el máximo beneficio para el paciente.

Las citadas Instrucciones especifican la priorización de las atenciones de acuerdo a los criterios establecidos en ellas y que ya citamos en el capítulo 3 de este trabajo.

En el Aula de la UADO, seguimos el criterio de escolarización de manera inicial, la estancia es difícil saberla de antemano, solo en algunos casos, se puede asegurar la larga estancia.

### **Profesorado**

El profesorado de la UADO también atiende al alumnado de otras especialidades médicas ingresados y encamados en el Hospital infantil de larga estancia, siguiendo las Instrucciones que advierten que la organización del Aula Hospitalaria contemplará la distribución del tiempo de atención a los alumnos encamados, siendo dicha distribución proporcional al número de alumnos que se atiendan en cada modalidad.

Esta diversidad del alumnado requiere en el aula, una planificación diaria y puesta en práctica de un conjunto de medidas para poder realizar actuaciones concretas y a la vez flexibles que puedan garantizar el derecho a la educación de cada uno de nuestros alumnos.

#### **Desarrollo de la actividad del Aula**

- Personal
- Diaria, en la sala polivalente
- En paralelo con consultas
- Documentación de comportamiento e incidencias

#### **La disponibilidad de recursos**

Disponemos de los mismos recursos que cualquiera Aula Hospitalaria, sin embargo, no posible es posible su uso de forma libre, por motivos de seguridad de los alumnos.

La acción educativa favorece la autonomía, autorregulación y control , a la vez que invita a la colaboración

Tras su paso por el Aula y al alta médica, los alumnos realizan una encuesta referida a la misma para.

- Evaluar la ayuda percibida por los alumnos.
- Valorar la necesidad del Aula en el proceso terapéutico.
- Identificar áreas de mejoras

Integrar los resultados en el plan de calidad de la U.A.D.O

### **Profesionales**

La competencia profesional, su amplia experiencia en la atención pedagógica hospitalaria y su especial sensibilidad para acompañar durante todo el proceso hospitalario tanto al adolescente, como a su familia si lo requiere, son algunas de las características identificadores de los profesionales que actualmente están en dicha unidad.

Su labor se realiza en estrecha colaboración tanto con el personal sanitario (siempre que se necesite para mejorar la atención al menor hospitalizado, para intercambiar observaciones significativas y para programar actividades conjuntas) como con los centros escolares en donde se encuentran matriculados con el objetivo de servir de nexo entre su anterior situación y la actual.

Según las Instrucciones citadas, las funciones específicas de los profesores de las Aulas Hospitalarias son las siguientes:

- a) La atención educativa personalizada, adecuada a las características individuales del alumno y a su nivel de competencia curricular.
- b) La elaboración y el desarrollo de la propuesta curricular adaptada a las necesidades educativas específicas del alumno, teniendo como referente la documentación remitida por el centro donde se encuentra escolarizado.

- c) El establecimiento de una coordinación sistemática con los centros de referencia de los alumnos, y especialmente con sus tutores, comunicando la incorporación al Aula Hospitalaria. Dicha comunicación se ajustará al modelo del Anexo I.
- d) La solicitud de la información sobre la programación del curso en el que está escolarizado el alumno. Para ello, facilitará al equipo docente del alumno en su centro de referencia el modelo del Anexo II con el fin de que lo cumplimente debidamente.
- e) El establecimiento de los contactos, incluida la vía telemática, con el tutor del alumno y con sus compañeros de clase, facilitando así la reincorporación a su centro de referencia.
- f) La información a las familias sobre el proceso educativo de los alumnos.
- g) La preparación de la reincorporación del alumno a su centro, informando de la situación en la que se encuentra y, en su caso, orientando al centro sobre la conveniencia de realizar un plan de acogida.
- h) La remisión al centro, antes de cada evaluación y, en todo caso, al finalizar su estancia en el Aula Hospitalaria, de un informe que recoja el proceso educativo del alumno durante el periodo de asistencia al Aula. Este informe será elaborado conjuntamente con el Servicio de Apoyo Educativo Domiciliario, cuando el alumno haya sido atendido por el mismo, y se ajustará en su contenido y diseño al modelo establecido
- i) La elaboración de propuestas para su inclusión en la Programación General Anual al inicio de cada año académico, y en la Memoria anual a la finalización del mismo.
- j) La cumplimentación, por parte de cada profesor, de un listado diario de las atenciones realizadas conforme a los modelos facilitados por la Dirección General de Educación Infantil y Primaria.
- k) Aquellas otras funciones de carácter general que sean de aplicación según la normativa vigente.

## **Coordinación**

La colaboración de los profesores del Aula con el centro de referencia, supone una extraordinaria ayuda para el adolescente hospitalizado.

Esta coordinación servirá para conocer los programas y materiales que estaban utilizando cada uno en su propio Centro, para reforzar aquellos aspectos en los que venía insistiendo el Centro escolar, para posibilitar contactos directos o a través de documentos escritos

Si las previsiones de hospitalización apuntan a una estancia media o larga, se procede a la coordinación con el centro de referencia, según establecen las Instrucciones de funcionamiento, a través de los protocolos oficiales a los centros educativos deben responder, como se les insta en ellos, a la mayor brevedad posible aportando datos del alumno, su motivación y estilo de aprendizaje, a la vez que actividades curriculares concretas a realizar de los dos ámbitos científico y lingüístico, para llevar a cabo durante su estancia en el hospital.

La coordinación servirá para continuar con el curriculum, además de los materiales, recursos y rutinas, que estaban utilizando cada uno de ellos en su propio centro de referencia, para reforzar aquellos aspectos en los que venía insistiendo el centro escolar, y para posibilitar contactos directos periódicos o a través de documentos oficiales.

Una vez que el alumno se va de alta médica, se remite un informe al centro de referencia aportando información de las actividades remitidas realizadas durante el periodo de hospitalización en la Unidad, con la valoración de las mismas, la actitud y aspectos a reseñar que puedan ser de interés para la evaluación del alumno.

La conexión por Internet de la UADO con los Centros escolares está siempre disponible, pero con supervisión continua del profesorado, ya que no está permitido el libre uso..

## **Recursos**

El Aula dispone de recursos materiales como cualquier Aula hospitalaria o aula ordinaria, con las restricciones que exigen las normas generales que ya hemos comentado.

El Aula dispone de :

- Libros de texto de diferentes materias, editoriales y cursos
- Biblioteca de Aula
- Biblioteca de Apoyo con materiales de refuerzo y ampliación de diferentes materias, editoriales y cursos
- Ordenadores portátiles, uno de ellos con acceso a Internet
- Juegos educativos de ordenador
- Actividades ocasionales, conmemorativas, y ocasionales, previamente concertadas y aprobadas en claustro, previa información en la reunión del servicio.

### **La intervención**

Previa a la intervención educativa diaria en el Aula de la UADO, tiene lugar la sesión interprofesional informativa, donde se conocen los progresos o dificultades que presenta el alumno y su evolución .

El horario de clase es de diez y media a una y media de la mañana,( los miércoles, de diez a una y media)

Para la intervención es importante ese conocimiento del alumno y su evolución, así uno de los principios metodológicos que aplicamos es la individualización.

Así la metodología de trabajo utilizada principalmente es individualizada y se centra en tratar de estimular en los adolescentes las características propias de su personalidad, de su experiencia de vida y de su entorno relacionadas con el tener, el ser y el poder. Yo tengo, yo soy, yo puedo ( Grotberg, 1995)

La estrategia metodológica consiste en ayudar a los adolescentes a descubrir esos recursos con los que cuentan y a partir de ellos construir nuevos aprendizajes o reforzar los que tienen. Conocer su nivel de competencia curricular es fundamental para trabajar la motivación de eficacia.



A través del descubrimiento de sus recursos y posibilidades encaminarles a través del desarrollo del curriculum, al fortalecimiento de sus competencias.

No siempre es fácil retomar las actividades curriculares, sobre todo en el caso de los absentistas, entonces recurrimos a las actividades metacognitivas y que requieren un alto nivel de abstracción, sino que partiendo de actividades más mecánicas, podamos ir accediendo poco a poco a niveles superiores de concentración y resolución de problemas

Respetar las preferencias de los alumnos por una u otras asignaturas, es un buen camino para la motivación de eficacia y

Teniendo presente las competencias básicas exigidas por el curricular, podemos partir de la primera de ellas, competencia en comunicación lingüística, que sea cual sea el nivel curricular o de escolarización del alumno, le va a permitir expresar pensamientos, vivencias y emociones, generar ideas, estructurarlas, dar coherencia a las propias acciones y tareas y adoptar decisiones.

Partiendo de actividades de motivación y conocimientos previos podemos pasar actividades que requieren más de reflexión y análisis , para posteriormente a actividades de generalización y conceptualización, de sistematización, aplicación y evaluación, de conocimientos, no siempre en este orden y respetando el nivel de competencia curricular. En cada una de las asignaturas de ámbito.

El trabajo por ámbitos nos permite una globalización de conocimientos que en ocasiones favorece la interrelación entre compañeros y beneficia el clima de Aula y del grupo.

Tres características nos sirven para guiar nuestra intervención educativa, pero que en el caso de la intervención pedagógica hospitalaria cobran especial relevancia.

- El principio de individualización, que explica la necesidad de respetar cada ritmo de aprendizaje, cada situación de partida, entender las especiales dificultades físicas, anímicas, académicas... con las que el adolescente se encuentra.
- El principio de la adaptación o si se quiere la flexibilidad de la que debe gozar la intervención docente para adecuarse a aquello que el menor hospitalizado necesita en cada momento y por último

- La empatía, esa capacidad de sentir con la otra persona, y que significa que nada de lo que le está ocurriendo nos deja indiferentes.

Desde la intervención educativa, los alumnos han de ser ayudados y animados a mejorar la conciencia sobre sus propios sentimientos, controlar sus emociones, ampliar su empatía, y mejorar su sociabilidad.

Esto trasciende la instrucción y el curriculum, da sentido a la formación y conlleva a ordenar la autoestima, uno de los ámbitos generadores de resiliencia.

Mejorar la autoestima, desde la percepción realista de sus posibilidades, su satisfacción con la vuelta a la normalidad escolar y personal al alta, es donde ponemos especial insistencia en la intervención en el Aula.

Su personalidad y modo de afrontamiento de las dificultades, sus relaciones con iguales y con pares del sexo opuesto, nos acercan en el conocimiento de nuestros alumnos, que aunque sabemos que sufren una psicopatología, intentamos conocer como se perciben, que nos lo dejan saber a través de esa primera entrevista en la que se muestran conscientes o no de su enfermedad.

**Nuestra Intervención** se acomete desde el modelo de resiliencia, en el que se valora a los sujetos por lo que son, que se parte de sus potencialidades y mapas conceptuales, realizando una previa valoración de su situación académica, destacando la importancia del Aula para el restablecimiento posterior de su actividad escolar al alta del hospital, y la recuperación de su bienestar psíquico, centrando nuestra mirada en las posibilidades, actuando lo antes posible sobre la reconstrucción de las distorsiones generadas por la situación de enfermedad, desarrollando habilidades para buscar ayuda, encontrar apoyo, favoreciendo la motivación de eficacia, la autonomía y la participación.

Tomamos como base de intervención la afectividad, como una dimensión esencial en el desarrollo, porque en ella se asienta la capacidad para las relaciones sociales, Le Los profesores seremos también sus tutores, porque el tutor/es representamos para el adolescente una figura relevante y significativa que puede prestarles la ayuda que necesitan.

Esta ayuda puede estar relacionada con el restablecimiento de su “normalización” escolar por lo que nuestra actitud ha de ser afectiva clara y sensata, tratando de

conseguir que él perciba esa actitud de comprensión, estimule su autoestima positiva, la confianza en sí mismo, la adquisición de competencias humanas y sociales, y que actúe específicamente sobre los retrasos curriculares que hayan podido producirse.

Nos centramos en una formación integral que fomenta el desarrollo de capacidades cognitivas, de autonomía, equilibrio personal e inserción social.

El acto didáctico que proponemos mira al ser humano con los ojos del afecto, del optimismo, del humor, ingredientes esenciales para que el alumno llegue a conseguir el objetivo último, restablecer su salud y su bienestar.

Nuestro sistema educativo cumple también una función de inclusión y participación social. Los alumnos internalizan la convicción de sus posibilidades a través de la interacción con el profesor creando ambientes escolares caracterizados por un clima escolar que transmita optimismo y se centre en el alumno, que es nuestra propuesta.

Nuestro éxito en esta propuesta también va a depender de diferentes factores como el temperamento de los sujetos, la psicopatología que presentan, la experiencia escolar previa, relaciones familiares y factores culturales.

### **Pautas de intervención en el Aula promotoras de resiliencia**

Educar para la promoción de la resiliencia significa descubrir las cualidades que hay dentro de cada adolescente y ayudarlo a que las desarrolle al máximo, para que pueda ser él mismo y aceptarse a sí mismo, con la ayuda de su familia o entorno próximo.

Cuando solamente se instruye a un adolescente, lo que se está haciendo es fijarle unas metas que pueden o no ser las suyas, se le está imponiendo un proceso, corriendo el riesgo de entrenarle bien para hacer determinadas tareas, pero sin tener en cuenta el equilibrio y armonía interior.

La formación integral presupone también capacitación, pero trasciende la técnica y hace que entre en juego el amor, la relación consciente, la búsqueda y reconocimiento de sí mismo y la búsqueda y el descubrimiento del otro, el respeto por lo que cada uno

es, la capacidad de maravillarse por lo que va resultando de la relación y la disponibilidad para aprender durante el proceso.

Queremos trabajar con cada alumno la promoción de sus propias capacidades, así como el desarrollo de nuevas fortalezas:

- Desarrollar el currículum
- La introspección individual
- El sentido de vida
- La autoestima
- El sentido del humor
- La motivación de eficacia

Seguimos un modelo de intervención adaptado a nuestro contexto

1.- **Aceptarles como personas, tal como son, es la primera pauta que seguimos en la intervención educativa**, esto supone disminuir la distancia intelectual y afectiva entre los profesores y los alumnos en la acción didáctica, respetando al otro en la autenticidad del diálogo, requisito para la calidad del proceso educativo. Esta actitud de diálogo conlleva trascender la instrucción y emprender un camino a un progreso hacia el conocimiento de sí mismo.

2.- Contar con sus **recursos personales** en el momento de crisis, la fuerza psicológica interna que desarrollan, su autoestima y resiliencia, autonomía, control de impulsos, empatía, optimismo, sentido del humor, que nos informan de sus posibilidades y capacidades para manejar el conflicto, la tensión y los problemas personales a los que ha de enfrentarse

3.- Contar con los **apoyos sociales**, de los adolescentes, su centro educativo, la respuesta y aceptación que el centro proporciona al alumno, así como su familia

4.- Ayudarles a descubrir sus propios recursos académicos y logros curriculares, haciéndoles ver sus posibilidades y recursos, desde el modelo de Grotberg (1996) Yo tengo, Yo soy/estoy, Yo puedo.

**El Aula como red social:** Aceptación sin condiciones del adolescente. Esta aceptación incondicional de la persona, no supone la aceptación de su conducta. Educación como necesidad básica y derecho de la persona.

**El Aula como ayuda para descubrir y dar sentido:** Ayudar a encontrar un sentido a la vida y a las situaciones. Aquí entra en juego la importancia de la comprensión de la realidad, priorizando la formación y el aprendizaje a lo largo de la adolescencia y de la vida.

**El Aula para la atención a la diversidad de aptitudes sociales.** El desarrollo de las aptitudes personales es fundamental para intervenir en el proceso de crecimiento y desarrollo. La participación del adolescente en diversas actividades académicas y formativas, les va a permitir descubrir y desarrollar sus fortalezas y habilidades.

**El Aula como fomento de la autoestima:** Se basa en la aceptación de la persona por encima de su conducta real o potencial y en la capacidad que el adulto tiene para descubrir y resaltar las cualidades positivas de todos los alumnos. Así animar al razonamiento, la capacidad de crítica constructiva, la motivación de eficacia y todos aquellos factores personales que ayudan a su mantenimiento.

**El Aula como lugar donde tiene cabida el sentido del humor.** Para su desarrollo es necesario aprender a aceptar los propios errores, confiar en el futuro, ser creativo, imaginativo, tomar distancia de los hechos. Conseguir sentido del humor es ser capaz de reírse de si mismo, eso ayuda a ganar libertad y fuerza interior.

**El Aula para desarrollar un sentido ético y un pensamiento crítico.** Construir un sistema de valores con conocimiento y razonamiento. Permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la situación de adversidad que se sufre para proponer modos de enfrentarla y transformarla. Para su desarrollo necesitamos apoyarnos en la creatividad, la independencia y la interrelación.

Nuestra tarea como profesional comprometido la promoción de la resiliencia de los adolescentes, durante su periodo de hospitalización, consistirá en siguiendo las pautas de intervención descritas, ayudarles a reconocer y fortalecer sus vínculos, mejorar la confianza básica, encontrar los recursos internos que poseen, analizando con ellos que factores pueden contribuir a lograr el éxito y motivarles a que los empleen siempre que les sea posible.



# BLOQUE III: MARCO EMPÍRICO

---

## CAPÍTULO 7: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

---

### 7.1. INTRODUCCIÓN.

---

En la tercera parte del estudio detallamos la metodología de investigación, su justificación, diseño y su desarrollo, con el análisis de los datos recogidos.

Este trabajo de investigación pretende conocer la situación de los alumnos hospitalizados en un aula hospitalaria con diferentes diagnósticos de salud mental, conocer sus factores de protección y de riesgo y sus potencialidades, y proporcionarles una atención educativa de calidad que les permita continuar con su proceso educativo y el trabajo de sus recursos personales, brindarles la oportunidad de favorecer la resiliencia, logrando mayor competencia social y educativa, al tiempo que intentaremos conocer como perciben la atención que reciben en el aula tras su periodo de hospitalización.

Basándonos en la fundamentación teórica realizada, podemos realizar una verificación de forma empírica que nos permita dar respuesta al problema planteado, aceptando o rechazando hipótesis, teniendo en cuenta el grado de falsedad o certeza que encontremos en los datos obtenidos en este estudio (Pérez Juste, 1981).

Entendemos por Metodología de Investigación el plan o esquema de trabajo del investigador, que recoge los procedimientos que se seguirán para contrastar las hipótesis. Incluye consideraciones respecto al método apropiado y el tipo de diseño, así como la selección de los sujetos (Arnal, Latorre y del Rincón, 1998).

Toda investigación debe sustentarse bajo un paradigma de investigación, según el elegido, se determinarán los procedimientos, las técnicas e instrumentos necesarios para resolver el problema que se plantea.



## 7.2. OBJETO DE ESTUDIO

---

El objeto de nuestro estudio es **conocer las características de los alumnos hospitalizados, aquellos factores de protección y de riesgo que pueden incidir en su desarrollo y aquellos aspectos de la resiliencia que pueden constituirse como factores de protección para** que a través de la intervención educativa favorecer **la mejora de la resiliencia.**

Hemos partido de las potencialidades de cada individuo y de sus posibilidades tanto cognitivas como sociales y familiares.

---

### 7.1.1.Procedimiento de estudio

---

Se ha establecido el marco y fundamentación teórica en el que hemos abordado los siguientes temas relacionados con nuestro objeto de estudio sobre la resiliencia. Hemos contextualizado el ámbito de estudio desde la pedagogía hospitalaria y al salud mental de los adolescentes.

Asimismo se han revisados los diferentes estudios sobre estos temas, qué recursos existen, qué fórmulas de trabajo y desde que perfiles profesionales se presta atención, que normativa lo avala, estudiando si se cubren las necesidades de los adolescentes, familia y entorno.

El trabajo se ha llevado a cabo en el Aula de hospitalización breve de adolescentes para que, desde los datos que obtengamos y desde los trabajos realizados, podamos plantear unas propuestas de futuro como contribución a la promoción de la resiliencia, a mejorar la calidad de la atención prestada, respetando un derecho fundamental de los menores y de su familia.

La revisión teórica nos ha motivado para conocer y para averiguar cuales son las características de la UADO y de la población a la que atiende.

Dicho trabajo se ha realizado en el marco teórico visto anteriormente, que nos ha llevado a plantear las diferentes cuestiones

1. ¿ Qué edad es la más frecuente entre los alumnos con TSM?
2. ¿ En que curso académico se encuentran los alumnos con TSM?

3. ¿ Es frecuente entre los alumnos la repetición de algún curso?
4. ¿ Qué situación familiar predomina entre los alumnos ingresados?
5. ¿ Qué tipo de centro de referencia es el más frecuente entre los alumnos de la muestra?
6. ¿ Cual es el diagnóstico al alta el más frecuente entre los alumnos de la muestra?
7. ¿ El consumo de tóxico es frecuente entre los alumnos de la muestra?
8. ¿ Cuáles son los motivos de ingresos más frecuentes?
9. ¿ Cuáles con los diagnósticos más frecuentes?
10. ¿Existe relación entre TSM y con la institucionalización de los adolescentes?
11. ¿Existe la coordinación entre profesionales que trabajan con estos alumnos?
12. ¿ Perciben el aula hospitalaria como un factor normalizador durante el ingreso?

---

### 7.3. ESTADO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

---

Actualmente se observa un creciente interés por el estudio de la salud, especialmente en determinados grupos, como el de los adolescentes que se encuentran en situación de riesgo. Los jóvenes que padecen trastornos de salud mental, son categorizados como grupos vulnerables y corren el riesgo de exclusión social.

Nuestro interés de estudio a grupos de individuos que se encuentran en estas situaciones de riesgo, desde una perspectiva distinta, que es la resiliencia, la cual se enfoca en las capacidades, posibilidades, fortalezas y adaptación saludable, y provee un marco para que, más que centrarse en la patología, se estudien las condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo (Fiorentino, 2008).

Domenech (1990) indica que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes en su investigación de factores de riesgo y de protección en cuanto al consumo de drogas en los adolescentes .

Pedreira et al. (1992) en 221 sujetos menores de 15 años, encontraron que las

mujeres presentaban mayores tasas de ansiedad e inhibición, y los varones más trastornos de conducta y más dificultades madurativas, no habiendo diferencias en el diagnóstico de psicosis.

Rojas, (1999) ha concluido que la relación familiar desempeña un rol decisivo en el comportamiento adictivo, y que la falta de comprensión y comunicación es un factor de riesgo de dicho consumo; en el sentido opuesto, un medio familiar en el que la comunicación y el intercambio de opiniones son la norma aparece como un factor de protección.

Por otra parte, Rojas (1999) refiere que la autoestima adecuada, basada en logros; el cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, y la oportunidad de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales son necesarios para enfrentar problemas y tomar decisiones, por lo que son factores protectores que se vinculan con la resiliencia

Otras investigaciones recientes respecto a la salud mental de los adolescentes Aláez, Martínez-Arias, Rodríguez-Sutil (2000) proponen una prevalencia entre el 14% al 20% de trastornos psicopatológicos.

Otras investigaciones proponen una prevalencia para los trastornos psicopatológicos que oscilan entre un 14 y un 20% en niños mayores y adolescentes (Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabe, 1996; Schab-Stone y Briggs-Gowan, 1998; y Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).

Madrid y Antona, (2000) informan de la creciente penetración social del uso de las drogas entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid

A través del estudio de los datos obtenidos en los Centros Municipales del Salud del Ayuntamiento de Madrid, Antona, (2001), la edad de inicio de las prácticas sexuales coitales, en menores de 24 años, se sitúa en torno a los diecisiete años y medio, un año más en las mujeres.

Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), la tasa de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres entre 15 y 19 años ha pasado del 5.60 en 1998 al 7.49 por mil en el año 2000, lo que, a su vez, representa el resultado del 40-50% de todos los embarazos producidos en ese grupo de mujeres. Las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) están experimentando una tendencia ascendente en los

últimos años. Este hecho parece estar relacionado con el aumento de embarazos en las adolescentes inmigrantes.

Un estudio longitudinal de Rutter et al. (2002) discuten, en términos de las posibilidades de recuperación tras privaciones iniciales profundas de niños adoptados en Gran Bretaña, la adopción no parece ser una posibilidad real para la mayor parte de los niños institucionalizados en Rumanía.

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo, no actúan de manera aislada sino ejerciendo un efecto de conjunto, donde se establecen complejas relaciones funcionales que traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y los eventos estresantes; este proceso de amortiguación del estrés y su conocimiento es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general. Rojas (2007).

Un estudio hecho en Brasil demuestra que cerca de dos tercios de los niños y adolescentes en situación callejera vinculados a la familia Munist y cols., (2007). Esto indicaría que la familia a puede ser un factor de protección, pero en algunos casos un factor de riesgo cuando se disuelve o se debilita este vínculo.

Durante las últimas décadas se ha venido observando que las características psicológicas pueden estar vinculadas con la enfermedad y el comportamiento deficiente en cuanto a la salud, en cuanto que la ansiedad, la depresión, la neurosis y la hostilidad están asociadas con elevados niveles de consumo de alcohol y tabaco, dietas, nulos hábitos de ejercicio físico y trastornos del sueño Marks, Murray, Evans y cols., (2008).

Además, la mala salud y el pobre desarrollo es un tema crucial en las instituciones dado que acentúan la inequidad y la exclusión social de amplios sectores de la población, siendo el de los jóvenes uno de los sectores más vulnerables en tal sentido se decantan, Cardozo, (2005); Fiorentino, (2008) y González-Arratia, Valdez, Oudhof y González (2009).

Acerca de las investigaciones sobre salud de adolescentes y resiliencia, hacemos una breve revisión de estudios realizados.

La investigación de Lipowski (1970), es muy interesante ya que explica que las estrategias de enfrentamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto.

Es interesante la observación realizada por algunos estudios de que la salud facilita el enfrentamiento a una situación adversa, puesto que es más fácil enfrentar una situación cuando uno está bien que cuando se encuentra mal, sin embargo, se ha visto que personas enfermas y debilitadas generalmente pueden hacer algo para enfrentar una situación cuando lo que está en juego es suficientemente importante para ellas (Dimsdale, 1974 en Lazarus y Folkman, 1986).

A estas mismas conclusiones llegan (Bulman y Wortman, 1977;) al afirmar que las personas enfermas enfrentan su enfermedad si lo que está en juego les importa.

La relación de apoyo con adultos, generalmente un padre o cuidador, se encontró también como variable facilitadora en la infancia en la recuperación de la pérdida, el estrés y el trauma Rutter, (1987) Werner, (1993) y Brooks, (1994);

En Rutter (1979), estudio de familias con problemas, las tres cuartas partes de los niños que no tienen una buena relación con los padres se muestran trastornos de conducta en comparación con sólo una cuarta parte de los que tenía una buena relación.

La mayor parte de estos estudios se han centrado en los rasgos individuales y predisposiciones, determinando rasgos como el temperamento sereno y el nivel de inteligencia como elementos favorables, aunque no esenciales para alcanzarla. Más significativo parece ser poseer un alto nivel de autoestima y eficacia personal, para superar mejor las dificultades.

Rutter (1987) pone de relieve que para comprender y fomentar la resiliencia y los mecanismos de protección debemos atender a la interacción de lo que ocurre dentro de la familia y los demás ámbitos en los que se encuentran relacionados los sujetos.

Murphy (1987) señaló el rasgo optimista de los niños resilientes.

También los amigos, vecinos, maestros, pueden fortalecer la resiliencia individual, que aunque en ocasiones son fuente de tensiones, también lo son de superación Rutter, (1987)

El estudio de familias alcohólicas de Berlín y Davis (1989) encontraron el vínculo afectivo con el cónyuge no alcohólico a ser la variable más importante en el fomento de la adaptación.

Coles (1989) señaló el poder de las fuentes morales y espirituales de coraje.

Werner (1993) señaló el sentimiento de confianza en la capacidad de hacer frente a las dificultades. También para comprender la resiliencia es indispensable adoptar una perspectiva evolutiva. Los mecanismos de superación y adaptación no constituyen una serie de rasgos fijos sino que implican una serie de rasgos que implican procesos multideterminados que se extienden en el tiempo.

Las aportaciones de Kobasa, Maddi y Kahn (1993), consideraron el enfrentamiento como una variable mediadora con la salud, en la conformación de la personalidad resistente, y explican que las personas que se caracterizaban por ser resistentes, tenían una menor predisposición a desarrollar enfermedades bajo circunstancias de estrés.

En cada etapa evolutiva existe un cambiante equilibrio entre los sucesos estresantes que aumentan la vulnerabilidad, y los mecanismos de protección que aumentan la resiliencia. Se han propuesto tres modelos para explicar los mecanismos a través de los cuales los procesos de protección pueden resolver la relación estrés y competencia. El modelo de inmunidad considera que los factores de protección actúan como reservas frente a los momentos de estrés. El modelo compensatorio entiende que los atributos personales y los recursos ambientales contrarrestan los efectos negativos de los factores estresantes.

El modelo de desafío afirma que los factores estresantes pueden llegar a aumentar la competencia, siempre que el nivel de estrés no supere nuestras posibilidades. Estos modelos pueden operar de forma simultánea en el repertorio adaptativo de los sujetos resilientes, según sea su modalidad de superación y su etapa evolutiva. (Werner, 1993)

En resumen, el apoyo y el afecto de uno o más adultos es a menudo citado como un factor crucial para amortiguar los efectos de los riesgos y la promoción de niños sano y en el desarrollo eficaz de los adolescentes (Masten, 1994).

Según Chok (2000) las personas resilientes reducían la intensidad del estrés, lo que hace que disminuya la presencia de signos emocionales negativos como la ansiedad y depresión al mismo tiempo que aumentaba la salud emocional, concluyendo que la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar adversidades, sino también para la promoción de la salud mental y emocional.

Por tanto, la exploración de las fortalezas de las personas, tanto aquellas que surgen de las necesidades especiales de cuidados a la salud, como las que se desarrollan debido al estrés, producto de dichas necesidades especiales, parece arrojar resultados más positivos en la salud y en el estilo de vida.

White (2002), afirma que cuando los pacientes se centran en atributos positivos, incluso en enfermedades crónicas, llevan vidas más productivas.

Las enfermedades físicas o mentales proponen una multitud de desafíos a los individuos, parejas y familias y demandan una resiliencia considerable para superarlas Walsh, (2004)

Según Haidt (2006) así como traumas, crisis y tragedias llegan de mil formas, las personas, se benefician con ellos de tres formas:

1.- Ponerse a la altura del desafío revela las habilidades escondidas, y apreciar esas habilidades cambia el concepto de sí mismo.

2.- Fortalecer las relaciones y

3.- El problema cambia las prioridades y la filosofía tanto hacia el presente como hacia las personas.

Las investigaciones de Córdova, (2006) afirman que, el concepto de riesgo en el periodo adolescente se destaca por la posibilidad de que conductas o situaciones específicas pueden provocar daños en el desarrollo, afectar al conjunto de potencialidades y deteriorar el bienestar psicológico y la salud mental .

El estudio de Munist y cols., (2007) demuestra que cerca de dos tercios de los niños y adolescentes en situación callejera están vinculados a la familia. Esto indicaría que la familia a puede ser un factor de protección, pero en algunos casos un factor de riesgo cuando se disuelve o se debilita este vínculo.

En otra investigación se concluyó que era precisamente el problema de salud el agente desencadenante de la resiliencia, fue el estudio de la resiliencia en niños con cáncer en el que se evidenció mayor resiliencia en las niñas en contraste con los niños y por edad, entre 9 y 12 años presentan más indicadores de resiliencia que los niños entre los 13 y 16 años.

Coincidiendo en que la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia (González Arratia, Valdez y González, 2008).

Pretis y Dimova (2004) sostienen que la enfermedad mental de los padres es un factor de riesgo importante en los hijos de sufrir problemas de salud mental en el desarrollo.

En la misma idea, Solantus, T. (2010) Cuando los padres sufren problemas de salud mental, los niños presentan problemas de desarrollo.

A continuación presentamos una breve revisión de los trabajos más relevantes sobre el tema:

TABLA 8: REVISIÓN DE TRABAJOS

AUTOR	TEMA	CONCLUSIONES
Rutter (1979)	Problemas de conducta y relación familiar	Las tres cuartas partes de los niños que no tienen una buena relación con los padres se muestran trastornos de conducta frente a cuarta parte de los que tenía una buena relación.
Domenech (1990)	Suicidio. Factores de riesgo y protección	Suicidio como segunda causa de muerte en adolescentes
Grizenko y Fisher, (1992).	Factores riesgo y protectores y desarrollo	La combinación de factores de protección es positiva y la acumulación de factores de riesgo es negativa para el buen desarrollo
	Trastorno en relación al sexo en	Las mujeres mayores tasas de ansiedad e inhibición, y los varones más trastornos T.C. y más



Pedreira et al. (1992),	menores de 15 a	dificultades madurativas, no diferencias en psicosis.
Masten, (1994).	Resiliencia y afecto y apoyo	el apoyo y el afecto de uno o más adultos es a menudo citado como un factor crucial para amortiguar los efectos de los riesgos y la promoción de niños y adolescentes sanos
Gutiérrez et al. (1995),.	Trastorno en relación al sexo en menores	TGD trastornos adaptativos, mas varones, en los de conducta, ansiedad mayor en niñas
Bragado et al (1995)	Psicopatología pauta evolutiva	T.C disminuyen con la edad TCA y T. Depresivos aumentan con la edad
(Kotliarenco y cols., 1996).	Resiliencia y supervivencia	los niños de la calle desarrollan estrategias de supervivencia, competencia y autonomía estrechamente vinculadas a la resiliencia
Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabe, (1996) ; y Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).	Estudios Prevalencia trastornos	una prevalencia para los trastornos psicopatológicos que oscilan entre un 14 y un 20% en niños mayores y adolescentes
Rojas (1999)	Autoestima, responsabilidad habilidades	autoestima adecuada, basada en logros; el reconocimiento de responsabilidades, y desarrollo destrezas sociales, cognitivas y emocionales son necesarios para enfrentar problemas y tomar decisiones
Rojas, (1999)	Familia y adicción	Papel decisivo de la familia en la adicción adolescentes
Fernández, M.; Martínez-Arias R. y Rodríguez-Sutil, C.	Niños y adolescentes	Prevalencia diagnostica relación edad y sexo

(2000)	Tt° psicológico	
Antona, (2001)	Inicio en las relaciones sexuales	Inicio prácticas sexuales coitales, torno a los 17.5a y un año más en las mujeres.
Yunes, (2001)	Riesgo y privaciones	Las privaciones socioeconómicas son la principal fuente de riesgo sociocultural
Ministerio de Sanidad y Consumo (2001)	Interrupción embarazos adolescentes	La tasa de interrupción voluntaria del embarazo en mujeres entre 15 y 19 años al 7.49 por mil en el año 2000
Rutter el all. ( 2002)	Adopción y desarrollo	Las posibilidades de recuperación tras privaciones iniciales profundas de niños adoptados, la adopción no parece ser una posibilidad real para la mayor parte de los niños institucionalizados en Rumanía.
Antona, Madrid y Máximo Aláez(2003)	Adolescencia y salud	Prevalencia trastornos psicológicos por edad
Manciaux,2003; Suárez, 1997; Wolin y Wolin, 1993).	Factores protectores internos y resiliencia	Los factores protectores internos como la autoestima, el locus de control, los estilos de afrontamiento y los hábitos de salud, están presentes en las personas resilientes
Rutter, 1985 Löesel, Bliesener y Kferr, 1989; Bourne, 2003; Davey, Goettler y Walters, 2003; Walsh, 2004.González-Arratia, 2007;; Salami, 2010;	Autoestima y eficacia y resiliencia	Estudios recientes han afirmado que la autoestima está ligada al igual que la eficacia personal ligadas a la resiliencia y hacen más probable el éxito en la superación de las dificultades
Pretis y Dinova (2004)	Salud mental y niños	Los padres enfermos no ayudan a sus hijos en el proceso de desarrollo
(Ospina, Jaramillo, Uribe, 2005)	Resiliencia y tutores de resiliencia	tutor de resiliencia y ayuda a tener visión optimista y optimizante de su situación
Kotliarenco y cols., 1996; Phillips y cols.,	Resiliencia y locus de	el locus de control interno actúa como un factor protector que ayuda

2006).	control interno	al niño y al adolescente a desarrollar resiliencia
Rojas,( 2007).	Factores de riesgo y protectores e identidad cultural	los factores de riesgo y protectores son muchas veces el resultado de procesos iniciados tiempo atrás, los que en ocasiones se han incorporado a los valores culturales
Munist y cols.(2007)	Niños y familia	La familia como factor protector, o de riesgo según el vínculo
González Arratia,( 2007).	Resiliencia y vínculo	los individuos resilientes cuentan con algún vínculo familiar estrecho y significativo, en quien confían
L.( Jaffe et al., 2007).	Resiliencia desarrollo y conducta	La resolución adecuada de las tareas evolutivas de cada etapa del desarrollo, guardan relación con la habilidad para funcionar adecuadamente en la escuela, interactuar adecuadamente con los iguales y regular la conducta
Melillo, 2007; Silber, 2007)	Adolescencia y resiliencia	La importancia de tener en cuenta las características propias de la adolescencia para la promoción de la resiliencia
(Munist & Suárez Ojeda, 2007).	Adolescencia y resiliencia	Empatía, reconocimiento, participación, estímulo auto-control y reconocimiento como persona son factores que promueven la resiliencia
Cardozo2005); Fiorentino, (2008);G.Arratia,V,Oud ho González,( 2009).	Salud y desarrollo	Mala salud y pobre desarrollo acentúan la inequidad y exclusión social de sectores más vulnerables como la adolescencia
Marks, Murray, Evans y cols., (2008).	Salud y características psicológicas sujetos	La ansiedad, la depresión, la neurosis y la hostilidad están asociadas con elevados niveles de consumo de alcohol y tabaco, dietas, malos hábitos de ejercicio físico y trastornos del sueño
Hutz y Koller (1998, cfr. Llobet, 2008)	Resiliencia y familia	La capacidad para separarse de la familia o de un contexto que no provee ningún satisfactor es

		evaluada como un índice de resiliencia
Gizir, (2009)	Resiliencia y rendimiento académico	Efecto positivo del locus de control sobre la resiliencia especialmente académica
Solantus, T. (2010)	Salud mental y familia	Los TSM en padres afectan el desarrollo de los hijos
(Rolón, 2011).	Resiliencia y necesidad de supervivencia	Los niños de la calle tienen los vínculos familiares rotos debido a la inestabilidad o a la destrucción en sus familias de pertenencia. no tienen otra alternativa que luchar solos por sus vidas
González-Arratia Valdez Medina, Oudhof van Barneveld y González Escobar (2012)	Resiliencia y factores protectores, como hábitos de salud, autoestima, locus de control, enfrentamiento o a los problemas y relaciones intrafamiliares	Puntuaciones altas en resiliencia para sujetos con un locus de control interno y relaciones intrafamiliares más favorables, asociación entre los factores protectores estilos de afrontamiento de tipo directo pero más aspectos negativos de autoestima, será menor la resiliencia que muestran estos adolescentes.

Elaboración propia. Basado en (Munist & Suárez Ojeda, 2007).

Como hemos visto en otras investigaciones ya nos han abierto nuevas posibilidades de investigación acerca de la resiliencia y alguna de ellas nos van a permitir situarnos en nuestro estudio.

Además, la familia parece ser un factor estrechamente relacionado en el periodo de la niñez y la preadolescencia (Manciaux, 2003), por lo que es necesario indagar si hay alguna influencia para sufrir trastornos de desarrollo.

Según el Informe sobre la salud mental niños y adolescentes de 2008, los datos epidemiológicos disponibles sugieren que hay una prevalencia del 20% de trastornos mentales de niños y adolescentes en todo el mundo. De este 20%, se reconoce que entre el 4 y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (WHO, 2005).

Kessler y cols (Kessler et al, 2005) publican que la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida del sujeto empiezan sobre los 14 años de edad. Levav (Levav et al, 2004), señala que el grado de cobertura y calidad de los servicios para los jóvenes es generalmente peor con relación a los de adultos y esta diferencia se agrava en países de bajos ingresos. Se estima que entre el 5 y el 20% de la población necesita de un servicio de salud mental infanto-juvenil.

En España, no se han realizado estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de niños y adolescentes en población general, y de ámbito nacional, solo existen algunas encuestas comunitarias que aportan información relevante, pero limitada a una determinada área geográfica y de la cual no se pueden obtener generalizaciones. La realizada en Valencia indica que la prevalencia global de trastornos mentales en la infancia y adolescencia es de 21,7% . (Gomez-Beneyto 1994).

La prevalencia global de los trastornos mentales en niños y adolescentes en España, es similar a la observada en otros países, y se sitúa entre un 10%-20%, según los diferentes estudios. (Franco y otros, 2004).

Por lo que los estudios de otros países pueden servirnos de base en nuestra muestra. La investigación de factores de riesgo y de protección en cuanto al consumo de drogas en los adolescentes (Rojas, 1999) ha concluido que la relación familiar desempeña un rol decisivo en el comportamiento adictivo, y que la falta de comprensión y comunicación es un factor de riesgo de dicho consumo; en el sentido opuesto, un medio familiar en el que la comunicación y el intercambio de opiniones son la norma aparece como un factor de protección.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales en España, entre adolescentes es del 7%, siendo el cannabis la sustancia más consumida. Entre los años 1996 y 1999 se observó un aumento del consumo de cannabis de forma diaria, que pasó del 6,9% al 7,3%, sin existir diferencias entre sexos. (Ariza y otros, 2003).

La toma de ansiolíticos sedantes fue del 6,8% y de anfetaminas del 3%, en general la prevalencia era similar a la obtenida en otros estudios realizados en países diferentes. (Lora y otros, 1996).

Según el citado Informe sobre la salud mental niños y adolescentes de 2008, los trastornos de conducta, incluyendo el trastorno negativista desafiante y el trastorno

disocial, en poblaciones no clínicas se ha detectado una prevalencia entre el 16-22% de los niños en edad escolar, aunque pueden aparecer a los 3 años, lo normal es que se presenten después de los 8 años. Los niños con trastornos del comportamiento habitualmente presentan niveles altos de inatención, hiperactividad e impulsividad.

La importancia de la influencia cultural y un ambiente familiar desfavorable, son factores de riesgo para el desarrollo del trastorno negativista desafiante. (Robert y cols. 1998).

Respecto a la influencia cultural, en términos generales, como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores son muchas veces el resultado de procesos iniciados tiempo atrás, los que en ocasiones se han incorporado a los valores culturales (Rojas, 2007). Podemos relacionarlo con nuestro estudio ya que veremos la prevalencia de TDAH y su relación con la edad

Los estudios de Domenech (1990) acerca del suicidio nos acerca a que la segunda causa de muerte de adolescentes en España, una cifra alarmante, nos proponemos averiguar si realmente el intento de suicidio se encuentra de manera significativa como motivo de ingreso de los adolescentes de nuestra muestra. Cuando un adolescente expresa ideas de muerte se siente desesperanzado y su nivel de autoestima es muy deficiente.

Las necesidades y problemas de salud en la adolescencia, proponen criterios de intervención con adolescentes desde los servicios de salud la aplicación la aplicación de tres enfoques integradores: El enfoque de protección/riesgo, el de la familia y el comunitario. Antona, A. Madrid, J. Y Alaez, M. ( 2003)

Nosotros añadimos el enfoque de resiliencia apoyado desde los servicios educativos para trabajar con adolescentes en riesgo por tratarse de alumnos que se encuentran en una situación de enfermedad grave y que en muchos casos no les ha permitido la asistencia a los centros ordinarios.

---

#### 7.4- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

---

El propósito de la investigación empírica es desarrollar generalizaciones útiles

(Kerlinger, 1975), no obstante, debido a las limitaciones de tipo práctico que presentan los recursos de investigación, hemos recurrido para verificar el estado de la resiliencia y la pedagogía hospitalaria, al estudio de nuestra muestra extraída de una población de la que queremos conocer su situación. Para ello distinguiremos entre el tipo de muestreo elegido y por qué, así como especificar el universo, la población y la muestra que hemos seleccionado.

El estudio que presentamos sigue un **diseño no experimental**, puesto que no se manipulan variables de estudio. Los efectos ya se han producido y no pretendemos modificar nada (Arnal, 1992)

El tipo de investigación es **descriptivo**, puesto que nos centramos en propiedades observables susceptibles de evaluación. Se emplea para caracterizar individuos o grupos evaluando la naturaleza de las condiciones existentes (McMillan y Schumacher, 2005).

### **Naturaleza de la investigación**

Teniendo en cuenta la finalidad que persigue nuestro estudio se ha optado por un modelo cuantitativo de tipo no experimental, siguiendo a De la Orden, (1985) la metodología empírica cuantitativa, es consecuencia directa de la medida, que por definición produce datos cuantitativos cuyo análisis exige la utilización de modelos estadísticos (De la Orden, 1985).

El diseño de nuestra investigación cuantitativa no experimental es de tipo ex - post- facto ya que es el que se limitan a describir una situación que ya viene dada al investigador, es decir, el científico no tiene control directo sobre las variables independientes ya que los efectos de dichas variables ya se produjeron (Latorre, Arnal y Del Rincón, 1996).

Dentro del diseño ex -post-facto existen diversos métodos, en este caso podemos clasificar los utilizados en este trabajo, dentro de los **métodos descriptivos** ya que recogen y analizan información con fines exploratorios y pueden constituir una aportación previa para orientar futuros estudios (De la Orden, 1985).

La investigación se constituiría como *ex post facto* puesto que la recogida de datos se produciría después de que ha ocurrido la causa o causas presumidas. El investigador toma el efecto (o variable dependiente) y se examinan los datos

retrospectivos para establecer causas, relaciones o asociaciones y sus significados (Arnal, 1996).

El método de investigación es el descriptivo e interpretativo-simbólico, tratando de descubrir e interpretar una realidad.

---

#### 7.4.1 Formulación del problema de investigación

---

Nos basamos en la convicción de que trabajar con adolescentes partiendo de sus capacidades y potencialidades, favorece y mejora la promoción de la resiliencia.

- Acercarnos a la realidad de los alumnos adolescentes que sufren TSM
- Conocer las características y situaciones en la que se encuentran estos alumnos y
- Conocer, describir e interpretar la relación entre aquellos factores de protección y riesgo que favorecen o dificultan su normal desarrollo y su resiliencia.

Una vez conocida la realidad, realizar una reflexión y propuesta de actuación para el trabajo educativo con esta población.

Buscaremos para ello:

- Determinar los factores de riesgo y de protección para nuestra población
- Nuestro estudio también nos aportará información acerca del grado de satisfacción de los alumnos con la intervención educativa llevada cabo en el Aula Hospitalaria

Considerando la etiología multicausal de las situaciones TSM, la intervención educativa estará apoyada por las diferentes actuaciones en los demás desde los diferentes ámbitos profesionales, para una intervención multiprofesional coordinada en los distintos niveles, adoptando una perspectiva evolutiva, adaptando las intervenciones educativas a las edades de los alumnos, a su diagnóstico, a la fase de ingreso a la de relación, y a su capacidad de respuesta.

- Centraremos nuestro estudio en la UADO en el análisis de las conductas individuales y grupales desde la óptica de sus fortalezas, confirmando el



potencial de estas capacidades que conducen al desarrollo de la resiliencia.

- Desde el Aula utilizaremos el paradigma de la resiliencia como modelo comprensivo para fomentar el éxito académico personal y social de todos los alumnos, aplicando, desde la reflexión, la indagación y la propia práctica docente, aquellas acciones que nos lleven a inculcar en cada uno de nuestros alumnos actitudes que refuercen sus capacidades, mejoren sus relaciones y favorezcan su autoestima, su autocontrol su capacidad de relacionarse.

---

#### 7.4.2. Valoración del problema de estudio

---

Valorar un problema de investigación consiste según Latorre, Arnal y Rincón (1996) en considerar si reúne una serie de condiciones que se estiman en sí mismas necesarias.

Para valorar nuestro problema de investigación, Bartolomé (1988), señala que debe cumplir las siguientes características metodológicas:

- Real: Porque es posible llevarla a cabo y se refiere a la realidad educativa
- Factible: conseguir la información ha sido factible ya que los alumnos son los que trabajamos cada día desde hace algunos años.
- Relevante: Es importante conocer que otros modelos educativos podemos utilizar en la intervención didáctica con alumnos hospitalizados.
- Resoluble: Plantearnos la posibilidad de resolución de nuestro problema es posible dado que podemos describir de acuerdo con los métodos de investigación pertinentes la realidad que nos ocupa.
- Generador de conocimiento: Indudablemente el conocimiento actual de la cuestión, nos va a permitir conocer los aspectos organizativos que deben mejorar para responder a las necesidades de estos niños.

- Generador de nuevos problemas: Esperamos que a partir de este proyecto surjan nuevos estudios según los resultados que se obtengan en este.
- Novedoso porque no se ha realizado en España ningún trabajo que conozcamos sobre resiliencia en un contexto de Aula Hospitalaria con alumnos con TSM.

---

#### 7.4.3. Variables

---

Se considera variable, aquella característica o atributo que puede tomar distintos valores o expresarse en categorías, cualidades o aspectos en los que difieren los fenómenos o individuos entre sí (Arnal, 1992).

Según Bisquerra (2000), las variables son características o propiedades del objeto de nuestro estudio que queremos analizar.

La operativización de las variables que reflejan las hipótesis es un procedimiento útil y necesario porque permite su posterior validación (Del Rio Sardonil, 2003). En nuestro estudio queremos valorar la presencia o ausencia de variables categoriales o cualitativas.

Puede ser relevante para nosotros averiguar si en nuestro estudio los adolescentes que sufren TSM tienen familias estables o han pasado por una situación de ruptura, lo que siempre es doloroso al sujeto y debilita su capacidad de adaptación.

Si la familia se constituye como un factor protector o de riesgo en cada caso. Que tipo de familia es a la que pertenecen, porque si ha sufrido una crisis, esto supone un sufrimiento añadido al adolescente.

Basándonos en la importancia del vínculo afectivo desde el nacimiento, y en los estudios realizados en sujetos adoptados establecer la variable adopción y su influencia en el diagnóstico como factor de riesgo.

Sus datos escolares podemos conocerlos y establecer una relación entre los TSM y la repetición de curso, sin olvidarnos que algunos adolescentes que a pesar de sus dificultades, no relacionadas con discapacidad, llevan un nivel de estudios favorables e incluso son brillantes.

Trabajar la motivación de eficacia es uno de los factores que los estudios de resiliencia establecen como su promotora, volver a retomar la vida académica es una manera de mejorar el bienestar, por lo que proponemos estudiar en nuestra muestra el índice de reingresos y el seguimiento académico de los alumnos.

En el presente estudio se utiliza el modelo basado en variables para medir las condiciones de la población. Este modelo se basa en un análisis estadístico de las conexiones entre variables. Para tal fin se tuvieron en cuenta las siguientes variables que agrupamos de la siguiente manera:

**1. Variables de identificación** del sujeto en relación a la muestra:

- **Sexo**
- **Edad:** Para el posterior análisis de resultados hemos dividido la edad en dos rangos, coincidentes con la adolescencia temprana 12-14 y la adolescencia 15-17 años.

**2. Variables escolares:** aportan información escolar

- **Curso en el que se encuentra escolarizado :** Para el posterior análisis de resultados hemos agrupados los cursos en tres rangos, haciendo una primera categoría para 1º y 2º de ESO, otra para 3º y 4º de ESO, y una tercera con el resto de los cursos, ya que de 6º de EP solo hay un sujeto, y el resto de los sujetos se agrupan en enseñanzas postobligatorias o con otras particularidades como los PCPI.
- **Repetición de curso/os .** En esta variable hacemos alusión a alumnos repetidores o no repetidores. Cuando hacemos alusión a alumnos repetidores, no hacemos distinción en las veces que han repetido, si lo han hecho en primaria o secundaria, o es en el curso actual su repetición, contabilizamos el hecho de no encontrarse escolarizados en el curso que según edad le corresponde por establecimiento legal.
- **Tipo de centro:** centro escolar en el que está escolarizado, según denominación oficial. Para el posterior análisis de resultados hemos agrupados los tipos de centros a dos categorías, haciendo una primera

categoría para centros públicos y en una segunda hemos agrupado en privados a concertados y privados

### 3. **Variables personales:** Aportan información personal y familiar

- **Tipo de filia:** se refieren a si es biológico o adoptado. Decidimos incluir esta variable en la muestra al darnos cuenta que una parte importante de los ingresos corresponden a este tipo de filia. Esto nos hizo pensar que para esta población la adolescencia parece ser un momento de vulnerabilidad importante, dada la necesidad de los adolescentes de reafirmar su propia identidad y responderse a preguntas sobre si mismos. Al no disponer de toda la información sobre su vida previa a la adopción, parecen sentirse más inseguros para explorar el mundo y arriesgarse a nuevas experiencias y situaciones. Sus antecedentes familiares genéticos en la mayoría de los casos no se conocen

### 4 **Variables patológicas.** Definidas por:

- **Motivo ingreso:** Siguiendo el criterio del servicio hemos incluido los motivos de ingresos:
  - 1.- Autoagresividad. Incluye contención, descontrol de impulsos
  - 2.- Heteroagresividad. Incluye la agresividad contra otros y contra objetos
  - 3.- Intentos de suicidio. Incluye intento activo, ideas de muerte, referencia a la muerte.
  - 4.- Diagnóstico diferencial. Casos explícitos en los que los tratamientos no funcionan, o se quiere una segunda opinión para determinar el diagnóstico con más precisión.
  - 5.- Ajustar tratamiento. Diagnósticos establecidos que requieren un nuevo reajuste o recaídas.
- **Diagnóstico** Siguiendo el criterio del servicio hemos incluido siguientes diagnósticos:

- 1.- Trastornos de la conducta alimentaria. TCA
- 2.- Trastornos Psicóticos. Esquizofrenias. TPs
- 3.- Trastornos Afectivos. TAf. Depresión. Trastornos Bipolares
- 4.- Trastornos de la Personalidad. TP
- 5.- Trastornos Adaptativos. Neurosis. TAd
- 6.- Trastornos Generalizados del Desarrollo. TGD
- 7.- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH

4. **Variables familia** : Definidas por:

- **Tipo de familia:** nos referimos a familia normalizada cuando el adolescente convive con padres biológicos, y familia separada si el adolescente convive con alguno de sus progenitores biológicos. Consideramos familia separada aunque en ocasiones pueda estar reconstruida, pero centrados en el sujeto, éste no vive con ambos padres biológicos o adoptantes. Para el posterior análisis de resultados hemos agrupados en dos rangos los tipos de familia, como separadas y normalizadas, incluyendo en las normalizadas los casos de viudedad o soltería, ya que la primera opción no es posible elegirla y en la segunda opción es una familia monoparental por elección. En las familias separadas son los padres biológicos los que no conviven con el sujeto.
- **Institucionalizados..** Consideramos que el sujeto está institucionalizado, cuando tiene alguna medida de protección, guarda o tutela, lo que supone no vivir con el núcleo familiar, sino en las diferentes residencias o casas de acogidas de la Comunidad de Madrid. Consideramos que el sujeto está o no institucionalizado, si la guarda corresponde a la familia o los servicios de protección. El organismo que se encarga de la protección de menores es el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF). Organismo dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales para dar una respuesta global e integradora a las necesidades de la infancia especialmente de los

más desfavorecidos. La responsabilidad de dar protección a los menores corresponde a la Comisión de Tutela del Menor

#### **5. Variables Organizativas:** Muestran el itinerario práctico de coordinación

- Tipo de Coordinación con centros educativos. Se establece coordinación si el sujeto va a estar más de dos semanas para continuar su proceso educativo con las programaciones de su centro
- Agente de coordinación. Nos referimos a que profesional del centro de referencia es con el que se establece la coordinación. El orientador es una figura de referencia en la orientación en secundaria
- Seguimiento: Reincorporación a su contexto escolar o a un contexto más restringido como es el CET-HD

#### **6.- Variables de funcionamiento en nuestra muestra**

- Días de asistencia al Aula.
- Días de estancia ingresados en la unidad. No siempre coincidente con la asistencia al Aula.
- Números de adolescentes atendidos por curso. Coinciden con nuestra muestra
- Reingresos en la unidad durante el estudio. Alumnos que reingresan , es decir, ingresan más de una vez

#### **7.3.4. Operativización de variables e hipótesis:**

Para facilitar su posterior interpretación, creemos necesario definir los términos y las variables de las hipótesis planteadas.

Operativizar variables es la actividad que realiza el investigador para pasar del campo teórico al de la realidad observable, basándonos en características observables de lo que estamos definiendo (Arnal, 1992).

Es la operativización previa de las hipótesis lo que permite que puedan ser contrastada empíricamente (Pérez Juste, 1981; Arnal, 1992).

Por tanto, con objeto de facilitar su posterior interpretación al concretar qué

queremos observar, plantearemos las hipótesis de estudio junto con una breve definición de los términos o variables que las componen, puesto que en la fundamentación teórica ya los hemos abordado y no es el objetivo en este punto.

Teniendo en cuenta la evidencia empírica de investigaciones realizadas en otros contextos nos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿ Es posible conocer que factores favorecen o dificultan la resiliencia en los adolescentes con TSM hospitalizados en un Aula Hospitalaria?**

**¿Que aspectos son necesarios trabajar en el Aula con los alumnos con TSM para favorecer la resiliencia?**

Para dar respuesta a estas y a otros interrogantes ya planteamos nos proponemos como objetivo general:

- Acercarnos a la realidad de los alumnos adolescentes que sufren TSM
- Conocer las características y situaciones en la que se encuentran estos alumnos y
- Conocer, describir e interpretar la relación entre aquellos factores de protección y riesgo que favorecen o dificultan su normal desarrollo y su resiliencia.

Por tanto es necesario descubrir, describir e interpretar, la relación entre pedagogía hospitalaria y resiliencia con TSM.

Describir que actuaciones podemos llevar a cabo desde el Aula para favorecer y promover la resiliencia en los adolescentes.

El objetivo general se ha subdivido en objetivos más concretos que permiten definir las expectativas puestas en este trabajo.

8. Conocer las características de la población y la situación
9. Describir la relación entre factores protectores y de riesgo a los que están sometidos los adolescentes con relación a su salud mental.
10. Descripción del contexto de la intervención educativa en el Aula
11. Conocer el grado de satisfacción de los alumnos tras recibir atención educativa en el aula hospitalaria.

12. Potenciar la atención educativa en el aula como elemento normalizar y favorecedor de la resiliencia.
13. Proponer pautas para la mejora de la actividad educativa y la promoción de la resiliencia para los alumnos.

---

#### 7.4.5. Formulación de las hipótesis

---

### **Hipótesis de la investigación**

La hipótesis debe ser una proposición, verdadera o falsa, que sometida a una demostración empírica pueda ser contrastada o refutada. Ha de ser provisional y estar sujeta a los cambios que se produzcan en ella y contar con una fundamentación teórica.

Las hipótesis traducen el enunciado del problema en una predicción de los resultados esperados, convirtiéndose en un puente entre teoría e investigación.

Estas son generadas por la necesidad de conocimiento, ya sea a partir de la experiencia o a partir de la teoría y sus leyes generales. Si las hipótesis tienen su origen en la observación particular y avanzan hacia una generalización son denominadas inductivas; si tienen su punto de partida en la teoría que se aplica en situaciones particulares se trata de hipótesis deductivas, como la que en estos momentos nos ocupa, puesto que pretende justificar deducciones emanadas de la teoría investigada y de la práctica educativa.

Esta investigación es del tipo sustantiva o alternativa, puesto que se procura probar la existencia de ciertas correlaciones entre diferentes variables.

Como este estudio utiliza la estadística para encontrar dichas dependencias y comprobar la hipótesis alternativa, las conclusiones a las que lleguemos consistirán en la demostración de la probabilidad de que los datos derivados del análisis estadístico no sean debidos al azar sino a una relación entre variables con una certeza del 95% (Gento, 2004).

Como señalan Latorre, Arnal y De Rincón, (1996) una hipótesis se contrasta comparando sus predicciones con la realidad: si coinciden, dentro del margen de error



admisible, mantendremos la hipótesis: en caso contrario, la rechazaremos, y buscaremos nuevas hipótesis capaces de explicar los datos observados.

No es posible avanzar en una investigación si no se plantea una explicación posible previa al problema planteado. Son estas proposiciones que tratan de explicar dicho problema las que reciben el nombre de hipótesis (Bisquerra, 2000).

Formulamos las hipótesis para poder realizar una generalización a partir de ciertas relaciones observadas, donde hemos creído ver unas tendencias o probables relaciones (Arnal, 1992).

Para tratar de dar respuestas a nuestras preguntas, objeto de estudio, hemos planteado hipótesis inductivas, que tienen su origen en reflexiones sobre la realidad.

Si bien nos planteamos en un primer momento proponer objetivos de estudio, generales y específicos, al tratarse de una investigación cualitativa-descriptiva, optamos por el planteamiento en forma de hipótesis porque consideramos que esta disposición nos permitía reflejar mejor y tratar las variables a estudiar y su contraste.

Algunas de nuestras **hipótesis** son **estadísticas**, puesto que establecen una relación entre parámetros que deben ser comprobados empíricamente (Del Rio Sardonil, 2003)

Así pues, hemos planteado hipótesis que hemos denominado teóricas, a las que se dan respuesta a partir del análisis de la revisión teórica realizada en la primera parte de este trabajo e hipótesis empíricas, basadas en la observación y contraste de los datos obtenidos (Everitt y Wykes, 2001).

- **Hipótesis Teóricas:**

Hp 1.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el sexo?.

Hp 2.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la edad?

Hp 3.- ¿Existen relación entre los diferentes TSM y el curso académico?

Hp 4.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el tipo de centro?

Hp 5.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la repetición curso?

Hp 6.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la filia del sujeto?

Hp 7.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el tipo de familia?

Hp 8.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y consumo de drogas?

Hp 9.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la institucionalización?

Hp10.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la coordinación?

Hp11.- ¿Existe relación entre los motivos de ingreso y los diferentes diagnósticos?

**Algunas hipótesis tienen** varios aspectos a analizar, por lo que hemos planteado subhipótesis, algunas nulas, de “no diferencia” o “no asociación” para contrastarlas con la prueba Chi-cuadrado (Everitt y Wykes, 2001).

Hp 1: ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el sexo?.

Subhipótesis 1: Existe relación entre el sexo y los diferentes diagnósticos

Subhipótesis 2: Existe relación entre el sexo y los motivos de ingreso

Subhipótesis 3: Existe relación entre el sexo y la repetición de curso

Subhipotesis 4: Existe relación entre el sexo y el consumo de tóxicos

Subhipotesis 5: Existe relación entre el sexo y los diferentes tipos de familia

Subhipotesis 6: Existe relación entre el sexo y la diferente filiación

Hp 2.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la edad?

Subhipótesis 1: Existe relación entre edad y diagnósticos

Subhipótesis 2: Existe relación entre edad y motivo de ingreso

Subhipotesis 3: Existe relación entre edad y repetición de curso

Subhipotesis 4: Existe relación entre edad y Consumo de drogas

Subhipotesis 5: Existe relación entre edad y tipo de familia

Subhipotesis 6: Existe relación entre edad y tipo de filiación

Hp 3.- ¿Existen relación entre los diferentes TSM y el curso académico?

Subhipótesis 1: Existe relación entre el curso académico y diagnósticos

Subhipótesis 2: Existe relación entre el curso académico y motivo de ingreso

Subhipotesis 3: Existe relación entre el curso académico y Consumo de drogas

Subhipotesis 4: Existe relación entre el curso académico y tipo de familia

Subhipotesis 5: Existe relación entre el curso académico y filiación

Hp 4.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el tipo de centro?

Subhipótesis 1: Existen relación entre los diferentes diagnósticos y centro público

Subhipótesis 2: Existen relación entre los diferentes diagnósticos y centro privado

Hp 5.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la repetición curso

Subhipótesis 1: Existe relación entre repetición de curso y los diferentes diagnósticos

Subhipotesis 2: Existe relación entre repetición de curso y tipo de familia

Subhipotesis 3: Existe relación entre repetición de curso y tipo de filiación

Hp 6.-¿Existe relación entre los TSM y la filia del sujeto?

Subhipótesis 1: Existe relación entre adopción y diferentes diagnósticos

Subhipótesis 2: Existe relación entre adopción y motivos de ingreso

Subhipótesis 3: Existe relación entre adopción y consumo

Subhipótesis 4: Existe relación entre adopción y repetición de curso

Subhipotesis 5: Existe relación entre adopción e IS?

Hp 7.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el tipo de familia?

Subhipótesis 1: Existe relación entre tipo de familia y diagnóstico

Subhipótesis 2: Existe relación entre tipo de familia y motivo de ingreso

Subhipotesis 3: Existe relación entre tipo de familia y repetición de curso

Subhipotesis 4: Existe relación entre tipo de familia y Consumo de drogas

Subhipotesis 5: Existe relación entre tipo de familia y tipo de filiación

Hp 8.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y consumo de drogas?

Subhipotesis1: Existe relación entre consumo de drogas y diferentes diagnosticos

Subhipotesis2: Existe relación entre consumo de drogas y motivos de ingreso

Subhipotesis3: Existe relación entre consumo de drogas y repetición curso

Subhipotesis4: Existe relación entre consumo de drogas y adopcion

Hp 9.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la institucionalización?

Subhipotesis1: Existe relación entre Institucionalización y diagnósticos

Subhipotesis2: Existe relación entre Institucionalización y motivos ingreso

Subhipotesis3: Existe relación entre Institucionalización y repetición curso

Subhipotesis4: Existe relación entre Institucionalización y consumo

Hp10.- ¿ Existe relación entre los diferentes TSM y la coordinación?

Subhipotesis1: Existe relación entre coordinación y diagnósticos

Subhipotesis2: Existe relación entre coordinación y tipo de centro

Subhipotesis3: Existe relación entre coordinación y días de asistencia al aula

Subhipotesis4: Existe relación entre coordinación y días de hospitalización

Hp 11.- ¿Existe relación entre los diferentes motivos de ingreso y los diferentes diagnósticos?

---

#### 7.4.6.- Técnicas e instrumentos utilizados en la recogida de información

---

Para comprobar la hipótesis planteadas en nuestra investigación hemos recurrido a diferentes técnicas e instrumentos que pasaremos a detallar

Los procedimientos de recogida de información constituyen un modo determinado de operativizar los pasos o fases necesarias para llevar a cabo con éxito la recogida de información que se realizará a través de las correspondientes técnicas e instrumentos (Gento, 2004).

Según este autor los procedimientos básicos que se utilizan en investigación educativas son la observación, la interrogación oral y la interrogación escrita.

Existen variadas técnicas de recogida de datos para cada uno de los procedimientos indicados. Son técnicas de recogida de información aquellas fórmulas sistematizadas que permiten la recogida de información que proporcionará el conocimiento profundo de la situación que se investiga.

En el siguiente cuadro adaptado de Gento (2004) se recogen de forma clasificada algunos procedimientos, las técnicas que se utilizan en cada uno de ellos y los instrumentos que se aplican para cada una de las técnicas

TABLA 9: TIPOS DE PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Procedimiento	Técnicas	Instrumentos
<b>Observación</b>	Observación etnográfica. Observación participante y no participante. Análisis de contenidos. Estudio de casos.	Guías de evaluación. Inventarios. Listas de control. Anecdotarios. Diarios. Escala de observación.
<b>Preguntas escritas</b>	Encuesta. Autobiografía. Exámenes escritos tradicionales	Cuestionarios. Memorandos. Pruebas objetivas. Test estandarizados.
<b>Interrogación oral</b>	Entrevista. Pruebas orales. Conversación. Coloquios.	

**Adaptado de Gento (2004).**

Para muchos autores la investigación educativa es un campo en el que extraer información y recopilar datos significativos y fiables no es tarea fácil. Por lo que la mejor propuesta subyace en el uso de varios instrumentos o técnicas de medida a un mismo tiempo que se complementen unas a otras.

Como afirma (Sánchez Romero, 2003) cuando hablamos de complementariedad metodológica estamos hablando de la complementariedad de distintos instrumentos o técnicas para obtener datos contrastados sobre una misma realidad educativa, es el caso de la utilización del cuestionario, de la entrevista, la observación, de los grupos de discusión, la fotografía, entre otros, que se pueden utilizar por medio de la triangulación de métodos y de sujetos, para analizar dicha realidad.

### **Instrumentos utilizados para la recogida de datos**

Dada la complejidad de la población, el contexto y las características de la población, nos vemos obligados a utilizar distintas estrategias para la recogida de datos.

Es necesario proteger los datos del menor y en ningún momento está permitido informar de la especialidad o departamento del hospital en el que se encuentra el adolescente. El adolescente es atendido en el Aula hospitalaria.

Así en la recogida de información de los centros de referencia al iniciar la coordinación establecida en la norma, no es posible identificar al alumno con ninguna especialidad médica o dolencia, como informar de su estado de salud física, psicológica o emocional.

Los instrumentos de recogida de datos que hemos seleccionado dada la naturaleza de esta investigación son la **técnica de encuesta** y el tipo de **instrumento** empleado ha sido el **cuestionario**. El cuestionario es la técnica de recogida de datos más utilizada en la investigación por encuesta (Buendía, 2003).

**Validez Teórica:** los ítems incluidos en el cuestionario pretenden dar respuesta a los objetivos e hipótesis que se plantean y buscan la coherencia interna del instrumento en sus partes, validez de contenido (Pérez Juste, 1990).

**Validez Empírica:** Los resultados obtenidos en los cuestionarios pueden ser comparables entre sí a partir de la muestra a la que se ha aplicado, posibilitando la generalización de conclusiones obtenidas en el estudio de una situación de otras similares (Martínez González, 2007).

**Confiabilidad:** Aplicamos el criterio de confiabilidad en cuanto a que el instrumento

mide siempre, lo que queremos medir, sea cual fuere la situación de aplicación (en este caso, de las variables externas situacionales o contextuales en las que cada profesional responda al cuestionario).

**Juicio de expertos:** para verificar la validación del cuestionario al campo de estudio solicitamos un juicio de expertos sobre la adecuación de los ítems a las variables de estudio (Pérez Juste, 1990).

### **1.- El cuestionario de recogida de datos del alumno**

Cohen y Manion (1998) una serie de factores que permiten asegurar una proporción de buenas respuestas a un cuestionario, de las cuales se han utilizado para este cuestionario algunas de ellas, entendidas como recomendaciones que permitirían una recolección eficiente de datos:

- Deben incluirse unas instrucciones claras, no solo al inicio del cuestionario, también distribuidas por él.
- Debe tener un aspecto agradable.
- Debe buscarse la claridad y simplicidad en el diseño.
- Deben distribuirse los contenidos de manera que se optimice el documento.
- Deben practicarse las preguntas con subpárrafos que tiendan a agrupar cuestiones.
- Debe iniciarse con tareas sencillas que permitan sentirse cómodos a los encuestados e ir aumentando el nivel de complejidad.
- Debe indicarse al final un apartado en el que se le pida al informante opinión u observaciones.

La utilidad de cuestionarios, para obtener información que nos sirva para la elaboración de propuestas de mejora, ha sido ya puesta de manifiesto en ejemplos de buenas prácticas en otros foros (Ruiz, Hernando, García Ribera, Clariana y Rivera, 2000).

El cuestionario de recogida de datos es de autoadministración, en cuanto a que lo cumplimenta personalmente la muestra seleccionada, cumplimentando unas respuestas a unas preguntas cerradas relativas a sus datos personales y escolares.

El cuestionario de recogida de datos del alumno es un documento elaborado y que



ha sido validado por distintos profesionales, profesores de secundaria (2), profesores de Aula hospitalaria (3), profesores de Universidad (4), en el que se han recogido las distintas modificaciones sugeridas en cada caso.

## **2.- La entrevista**

La entrevista es considerada como una técnica de investigación social y por tanto compatible con el paradigma de investigación cualitativo. Para (Medina 2003), la entrevista es una técnica en la que una persona solicita información de otra o de un grupo, para obtener datos sobre un problema determinado.

En la entrevista tiene lugar un diálogo que emprende el investigador con el fin de obtener información de interés y que dirige en el sentido de consecución de los objetivos propuestos en la investigación. Se trata de una técnica basada en el procedimiento de interrogación oral. El trabajar con esta técnica permite obtener una riqueza informativa intensiva, contextualizada y personalizada, además posibilita la investigación por líneas no previstas. Su uso es flexible, íntimo, cómodo e incluso económico. Según (Santos Guerra 1993) la entrevista es el medio más adecuado para realizar un análisis constructivo de la situación.

Las entrevistas estructuradas son las que poseen un guión sobre el que dirigir las preguntas que se van realizando. Son no estructuradas aquellas que no poseen cuestionario previo, las preguntas se van realizando según se vaya desarrollando la acción. Además, las entrevistas semi-estructuradas permiten seguir un esquema preestablecido, incorporando preguntas nuevas en el transcurso de la conversación, convirtiendo la entrevista en más flexible y cómoda.

Las conversaciones entre varios implicados se utilizan para obtener información sobre un determinado aspecto o cuestión. Esta técnica se asemeja mucho a la entrevista, sin embargo es algo más informal, no existe un entrevistador y un entrevistado si no que estos se mezclan en una conversación en la que aparece un intercambio de información informal en la que varias personas entremezclan opiniones sobre un tema en concreto.

Para (Gento 2004) las conversaciones o coloquios pueden denominarse grupos de discusión que constituyen reuniones de un reducido número de personas en las que durante un tiempo suficiente se recoge información de las mismas en torno a un tema específico que se discute.

Para (Medina 2003) la técnica de trabajo en grupo moderada o los grupos de discusión permiten que se creen espacios de colaboración en el que participan y expresan su opinión todos los integrantes del grupo. Lo que hace que se cree un clima de trabajo participativo que ayuda al moderador a encauzar los temas, así como en el desarrollo de la propia investigación.

Del mismo modo y para tener una vision mas completa del proble de investigacion hemos considerado necesario utilizar la entrevista

La entrevista sirvió para detectar fatores de riesgo y proteccion y nivel de resiliencia se cuestionaba sobre varios aspectos fundamentales para el desarrollo de esta investigación:

A un nivel práctico: La visión del sujeto sobre los procesos de escolares que creen dificultan sus relaciones y progreso escolar:

- Los aspectos que influyen en las calificaciones.
- Los aspectos relacionados con su problema en relación a la escuela
- Dónde residían las causas del fracaso escolar desde su punto de vista.
- A quien acude en sus dificultades
- Si se ha sentido ayudado en la escuela
- Cursos repetidos. Circunstancias
- Expectativas de titulación
- Perspectivas de continuar estudios futuros.

Tenemos que considerar que no existe ningún documento estandarizado que recoja toda la información que necesitamos, de modo que utilizamos la entrevista informal mediante un cuestionario elaborado con este fin, encontrando que, es el método de investigación más adecuado para nuestra investigación cualitativa porque nos permite recoger más información que pueden dar respuesta a problemas tanto teóricos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida de información sistemática, según el diseño que hemos establecido previamente (Buendía, 2003).

Esta técnica nos permite traducir las variables empíricas sobre las que deseamos obtener información en preguntas concretas sobre la realidad que queremos investigar (Sierra Bravo, 1985).

**Se trata de una encuesta descriptiva**, puesto que el conjunto de preguntas que la

constituyen buscan la afirmación de la existencia de determinados hábitos o actitudes profesionales dentro de un área o servicio profesional (Pérez Álvarez 1991).

Esta técnica nos permite traducir las variables empíricas sobre las que deseamos obtener información en preguntas concretas sobre la realidad que queremos investigar (Sierra Bravo, 1985).

Se procuró que no fueran preguntas difíciles de comprender y complejas. Se evitaron las preguntas irritantes o que pusieran en evidencia carencias que indujeran a respuestas falseadas, o intimidasen a los alumnos.

Aunque la configuración final de la entrevista no tuvo carácter formal, se procuró la claridad en la expresión y la simplicidad en el diseño, de forma que no aparecieran malas interpretaciones que afectaran su desarrollo.

Esta entrevista fue validada por distintos profesionales como expertos, profesores de secundaria (2), profesores de Aula hospitalaria (3), profesores de Universidad (4), en el que se han recogido las distintas modificaciones sugeridas en cada caso.

un profesor de secundaria y profesores universitarios.

### **3.- La encuesta de satisfacción**

Para (Cohen y Manion 1998), el método descriptivo y transversal más utilizado en la investigación educativa es la encuesta, técnica que permite la recolección de datos con el fin de descubrir, identificar y relacionar.

Las técnicas que la encuesta utilizadas en esta investigación para la recogida de datos son la entrevista y la encuesta estructuradas y semi-estructuradas.

#### **La encuesta de satisfacción está constituida por:**

- a. Preguntas cerradas o de base estructurada, en el sentido que cuentan con varias posibilidades de respuesta y resultan más fáciles de interpretar (Buendía, 2003).
- b. Algunas preguntas son semicerradas o semiestructuradas, pero su incidencia es menor respecto a las primeras (Pérez Álvarez, 1991).
- c. Respuesta a las preguntas abiertas, que se agrupan solicitando una respuesta libre, para abrir las posibilidades de expresión de los adolescentes.

La encuesta de satisfacción es anónima por lo que no podemos disponer de más datos que los relacionados con la satisfacción del sujeto, respecto a la atención educativa recibida.

La encuesta de satisfacción es anónima, voluntaria y está validada por el servicio utilizándose como parte de la evaluación protocolizada en la UADO y formar parte de la evaluación de la calidad del servicio.

La encuesta de satisfacción que utilizamos, forma parte del plan estratégico de la Unidad y se incluye en el plan EFQM( 2003)

---

#### 7.4.7. Proceso de recogida de la información

---

La recogida de datos ha tenido lugar durante el curso 2011-2012. desde 15 de septiembre de 2011 al 15 de junio de 2012. La muestra recogida de 205 sujetos, que de manera única se han recabado sus datos. Los reingresos quedan reflejados en los datos por cada sujeto como el número de veces que ha acudido al servicio.

Las entrevistas se hicieron a 205 sujetos, aunque a algunos fue muy costoso realizarla por las condiciones físicas y emocionales en las que se encontraban algunos de los sujetos

La encuesta de satisfacción ha sido completada por 121 sujetos.

**Procedimiento de recogida de datos:** Para la recogida de datos se han seguido los siguientes pasos:

1.-**Cuestionario de recogida de datos del alumno:** en esta ficha se recogen los datos personales del alumno y datos del centro educativo de referencia, para posterior coordinación con los centros educativos de referencia, si el caso lo requiere, según días de hospitalización previstos. ( **Anexo 5**)

2.- **Entrevista:** Tras este primer contacto con el alumno de recogida de datos personales, se procede a la entrevista en la que se obtiene información de su situación académica y relacional del alumno. ( **Anexo 6**)

Una vez recogidos los datos se efectuó la entrevista en la que siguiendo un orden

establecido pudieran alterarse o evitar algunas preguntas en algunos casos en las cuales el alumno no pudiera responder en ese momento.

Las entrevistas se realizaron a cada alumno en el momento de incorporación al Aula, una vez que ya habían realizado el cuestionario de recogida de datos personales y académicos, que aporta información acerca de su proceso educativo a lo largo de su escolaridad. Es una encuesta estructurada a la que añadimos información que el propio alumno aporta en el momento de su realización.

**3.- La encuesta de satisfacción** a cumplimentar, por el alumno tras su paso por el Aula y al finalizar la hospitalización, recoge el grado de satisfacción con la atención educativa recibida en ella por el alumno. Es un instrumento que como ya hemos dicho se utiliza para conocer el grado de satisfacción de los clientes de la UADO y que forma parte del proceso de evaluación EFQM que la propia unidad lleva a cabo. ( **Anexo 7**)

La encuesta de satisfacción es anónima y voluntaria, por lo que no podemos disponer de más datos que los relacionados con la satisfacción del sujeto, respecto a la atención educativa recibida y como tal algunos no la hacen.

También es posible que el alta se produzca de forma inesperada o por la tarde, y no es posible realizarla por parte del alumno.

#### **4. Otras fuentes de información**

Cada día se recoge información de cada alumno en la sesión informativa diaria, de todos los profesionales del servicio, donde se da cuenta de la evolución del sujeto en las 18 horas anteriores. Esta información es leída por el servicio de enfermería y queda reflejada en la hoja del expediente de cada paciente. Se proponen pautas de manejo o educativas para cada día y con los pacientes que lo necesitan.

Cada miércoles se tiene una sesión clínica semanal, donde el médico psiquiatra explica la historia, motivo de ingreso y normas a seguir en la evolución de cada alumno, incluyendo las normas para educación. Este sesión queda reflejada en el cuaderno de notas de la profesora, donde se recogen, sugerencias, o se informa de la evolución comportamiento, etc de cada sujeto.

La **observación**, técnica muy utilizada en algunos campos de estudio, ya que ofrece información sobre el adolescente, su ambiente y su familia, puede ser

sistematizada, en la que se recoge la información mediante determinados elementos conductuales, o no sistematizada, en la que el observador recoge un gran número de informaciones según su necesidad. Bisquerra, y Alzina, (1987).

La observación directa efectuada a lo largo de la investigación ha permitido interiorizar la información del día a día que proporcionaban las conductas de los adolescentes y su progreso en el proceso de alta, en el que se han realizado las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas y que permitieron el conocimiento y comprensión de la realidad en la que se desarrolla esta investigación.

Los centros educativos de referencia nos han proporcionado también información de la vida escolar de algunos sujetos de la muestra, no solo a través de los documentos de coordinación con los centros, en aplicación de la normativa vigente, sino también en el momento del inicio de la coordinación misma. Se hace a través de una llamada telefónica en la que se inicia el proceso de coordinación.

Otros datos personales se obtienen de la lectura del parte de ingreso de cada alumno, donde se da cuenta del motivo de ingreso, situación familiar, domicilio y lugar donde vive el alumno. Se recopilan en el cuaderno de campo.

Los datos sociales se van recopilando de las reuniones diarias que mantenemos todo el personal de la Unidad en el que se encuentran representados todos los profesionales. Esta información es recogida en el cuaderno de campo.

También en la entrevista se recogen datos sociales que el alumno aporta durante la misma.

Cada miércoles se revisan los casos ingresados durante la semana y se amplía la información obtenida tras un periodo de ingreso, lo que facilita la intervención educativa.

---

#### 7.4.8. Proceso de selección de la muestra

---

A partir de un universo de población de sujetos ingresados en la UADO del Hospital Gregorio Marañón seleccionamos una muestra, extraída a su vez de una población de sujetos escolarizados en diferentes centros públicos, privados y concertados de la Comunidad de Madrid, y de otras Comunidades Autónomas, a la que se quiere generalizar los resultados o conclusiones obtenidas teniendo en cuenta la

premisa de representatividad de dicha muestra (Pérez Alvarez, 1991).

### • Universo

El universo designa a todos los posibles sujetos o medidas de cierto tipo (Arnal, Latorre y Rincón, 1998). Nuestro universo está formado por todos los alumnos entre 12 y 17 años escolarizados en centros educativos tanto públicos como privados y concertados y que pueden sufrir TSM

### • Población

La población refiere al conjunto de todos los casos, objetos o eventos en los que se desea estudiar el fenómeno (Forner y Latorre, 1996). La población a la que nos referimos en nuestra investigación son:

Alumnos en edad de escolarización obligatoria entre 12 y 16 años

Alumnos en edad postobligatoria y escolarizados en centros educativos 16 – 18 años.

Alumnos escolarizados en centros de educación especial y en edad obligatoria.

En todos los supuestos los alumnos están escolarizados en centros públicos o privados de la Comunidad de Madrid o de cualquier otra comunidad autónoma.

### • Muestra

Conjunto de casos extraídos de la población (Arnal y Arnal, 1987). La muestra es un número determinado de sujetos, que depende en alguna medida del tamaño de la población y fundamentalmente de sus características (Sánchez Martín, 2005).

Para la recogida de información hemos seguido un combinación de muestreo probabilístico y no probabilístico.

Hemos empleado el *muestreo opinático o intencional* eligiendo los individuos que se estimaron que padecen TSM de la población, que se estima que pueden facilitar la información necesaria (Arnal, Latorre y Rincón, 1998:82; De la Orden, 1985:176).

La muestra no la podemos elegir, solo quedan excluidos de ella, para la intervención educativa, aquellos menores que estando en la franja de edad entre 16 y 17

años, no se encuentran matriculados en ningún centro educativo al haber terminado la edad de educación obligatoria.

### **Sujeto**

Individuo es cada uno de los elementos que componen la muestra y de los que se obtiene la información (Arnal, Latorre y Rincón, 1998).

De modo que, en nuestro caso, son cada uno de los alumnos que han ingresados en la UADO matriculados en centros educativos entre 12 y 17 años durante el curso 2011-2012, entre el 15 de septiembre y el 15 de junio

### **Descripción de la muestra**

Se trata de una muestra intencional

Nuestra muestra la componen los alumnos ingresados en la Unidad de adolescentes, que han sido diagnosticados de algún trastorno psicopatológico, que se encuentran recibiendo tratamiento, necesitan un diagnóstico diferencial, o son ingresados por una situación de crisis y cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo.

Toda nuestra muestra ha recibido atención educativa durante su periodo de hospitalización, que ha sido variable para los sujetos.

Como Unidad de Hospitalización Breve, la actividad principal se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos, tal y como vimos en el capítulo 6.

La muestra la componen 205 sujetos entre hombres y mujeres de las edades referidas, que a causa de su hospitalización, han necesitado una respuesta educativa adecuada a las necesidades que manifiestan.

Las actividades educativas se han desarrollado en el Aula, con una metodología individualizada y permitiendo una atención personalizada, adecuada a la edad y nivel escolar del alumnado, así como a sus condiciones de salud.

**Descriptiva de la muestra: 205 sujetos 12 a 17 años.**



### Sexo de la muestra

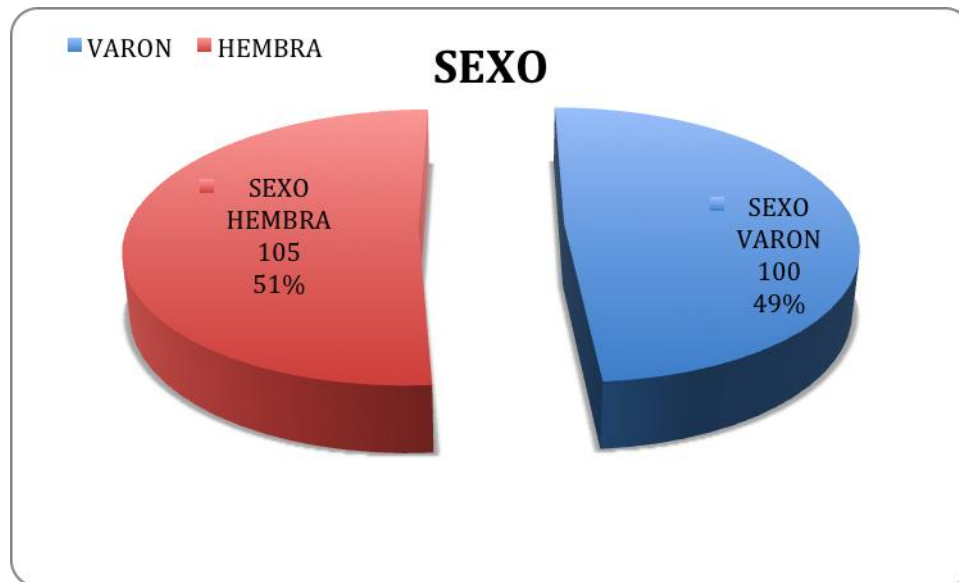


GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXOS

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran diferenciados los sujetos por sexo y su distribución es como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos correspondientes a cada sexo.

En nuestra muestra los hombres y las mujeres están equilibrados, con solo 5 mujeres más que hombres.

### SEXO

VARON	100
HEMBRA	105
TOTAL	205

### Edad de la muestra.

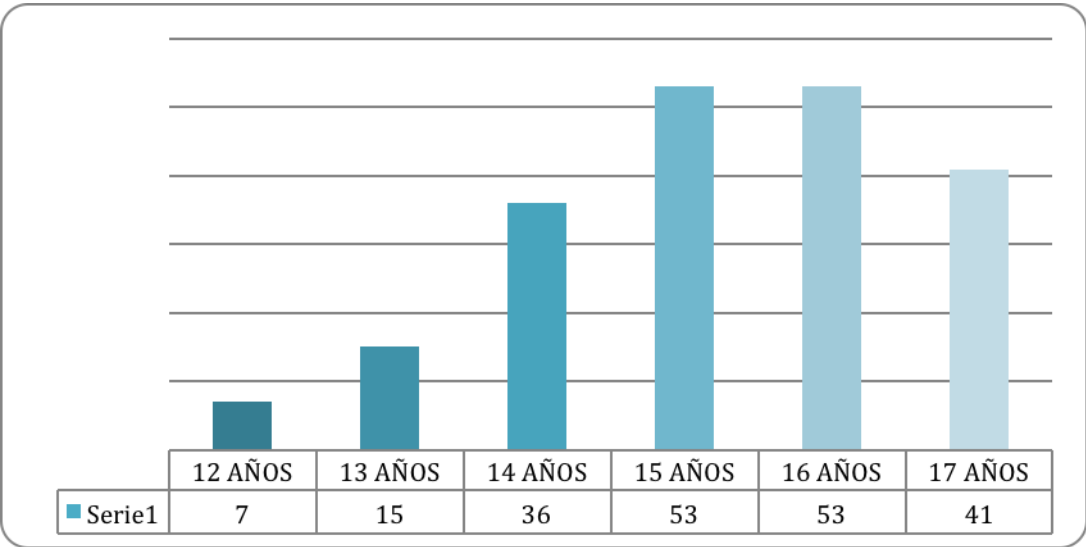


GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados todas las edades que es posible atender en la Unidad y su distribución es como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos correspondientes a cada sexo.

La edad más prevalente son los 15 años, es la edad considerada más difícil y en la que los adolescentes tienen que enfrentar grandes riesgos y superar nuevos hitos evolutivos. Para el posterior análisis hemos subdividido por rangos de edad, 12-14 años que corresponde a la adolescencia temprana y el rango 15-17 años que corresponde a la adolescencia.

EDAD

12 AÑOS	7
13 AÑOS	15
14 AÑOS	36
15 AÑOS	53
16 AÑOS	53
17 AÑOS	41
TOTAL	205

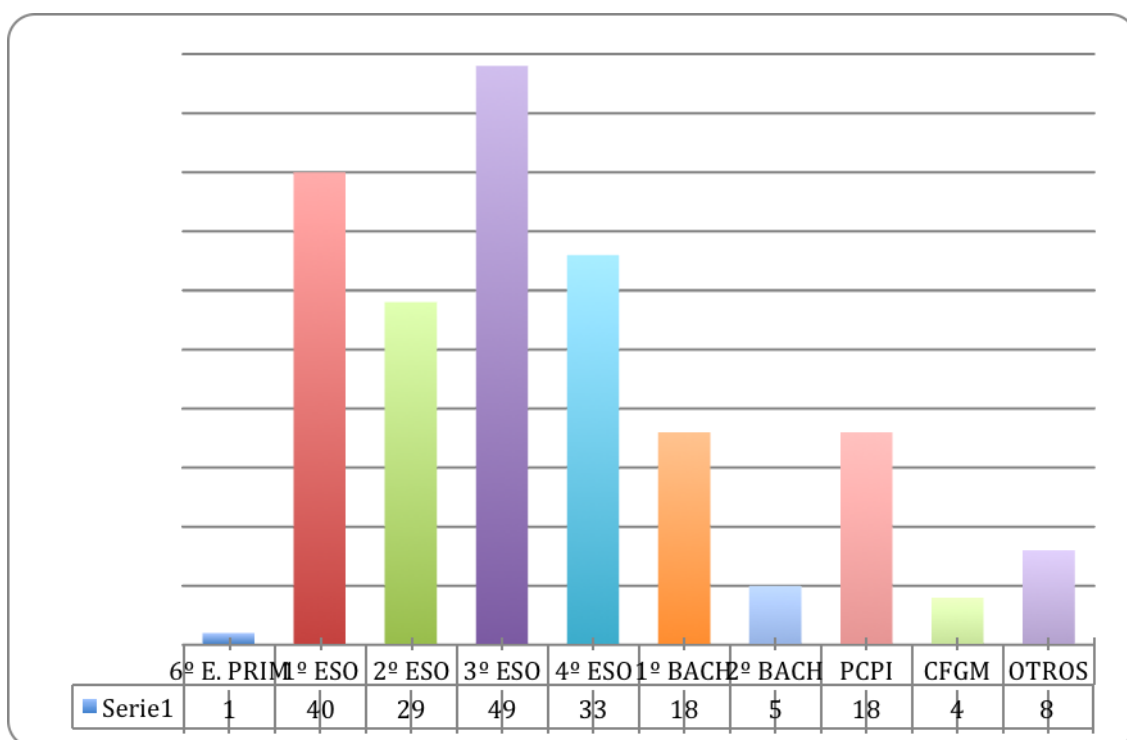
**Distribución de la muestra por curso académico.**

GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR CURSO ACADÉMICO

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados todos cursos académicos de la enseñanza obligatoria y postobligatoria que es posible atender en el Aula y su distribución se reparte como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos correspondientes a cada curso.

El curso en el que se encuentran escolarizados el mayor número de sujetos de la muestra es también 3º de ESO.

6º E. PRIM	1
1º ESO	40
2º ESO	29
3º ESO	49
4º ESO	33
1º BACH	18
2º BACH	5

PCPI	18
CFGM	4
OTROS	8
TOTAL	205

### Distribución de la muestra por tipo de centro

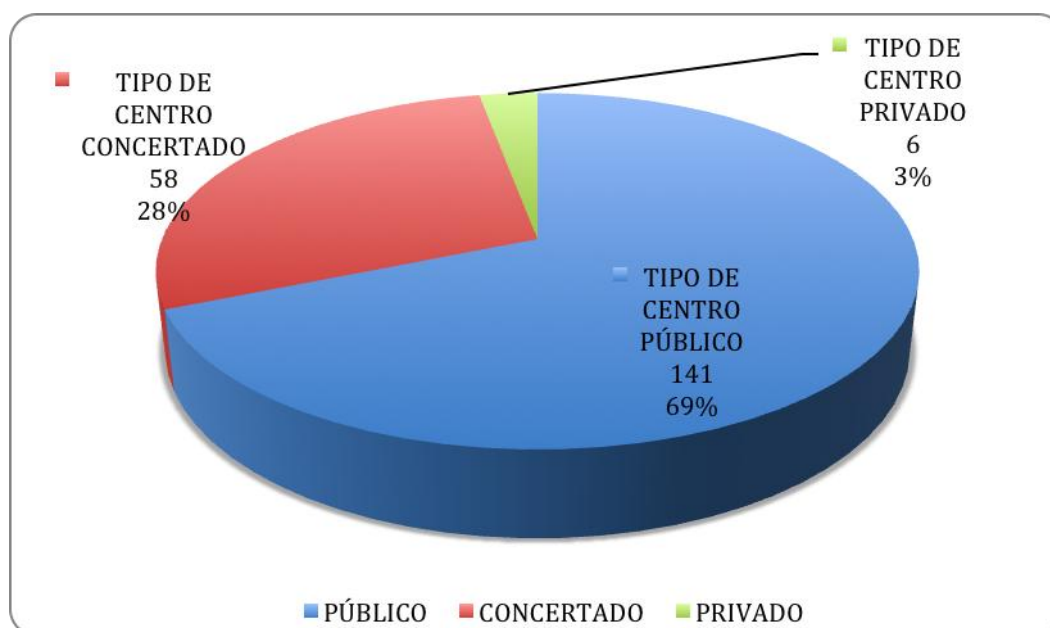


GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIPO DE CENTRO

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados todos los tipos de centro: públicos, concertados y privados que imparten enseñanza obligatoria y postobligatoria .

La distribución es como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos correspondientes a cada tipo de centro. La población mayoritariamente se encuentra cursando estudios en la escuela pública. Para el posterior análisis de datos, se han constituido dos tipos de centro, públicos y privados, incluyendo en el tipo privados a concertados ya que la representatividad de la escuela privada es mínima.

#### TIPO DE CENTRO

PÚBLICO	141
CONCERTADO	58
PRIVADO	6

205

#### Distribución de la muestra en relación a la repetición de curso

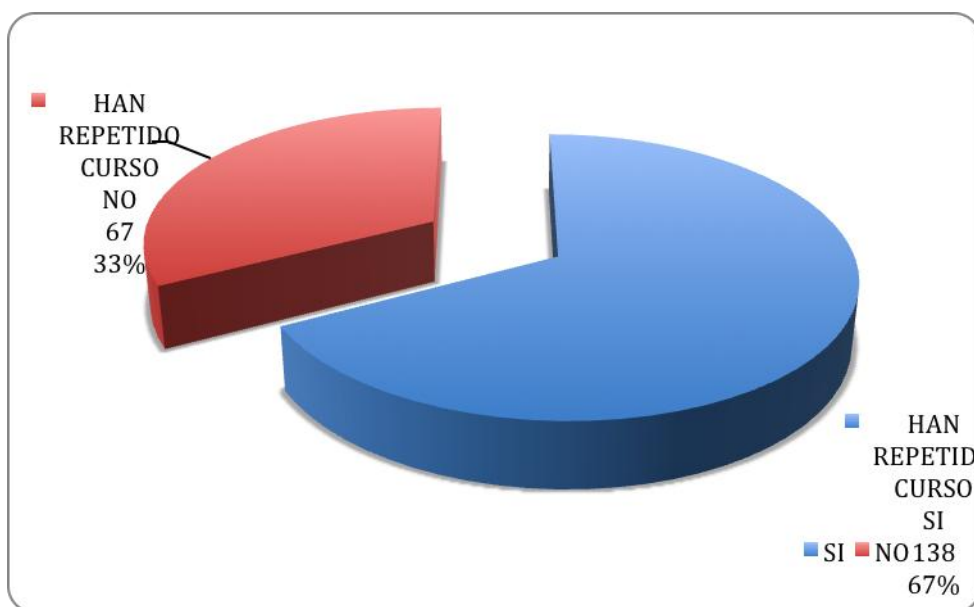


GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN A LA REPETICIÓN DE CURSO

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados todos los alumnos que repiten o no curso. La distribución es como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos repetidores.

Como indica el gráfico hay un amplio porcentaje de alumnos repetidores, lo que nos da una idea de que esta población parece confirmar lo que hemos visto en nuestro marco teórico, que los alumnos que sufren trastornos psicopatológicos no tienen éxito escolar, lo que conlleva una autoestima y motivación de eficacia bajas.

#### HAN REPETIDO CURSO

SI	138
NO	67
	205

#### Distribución de la muestra en relación al tipo de filiación

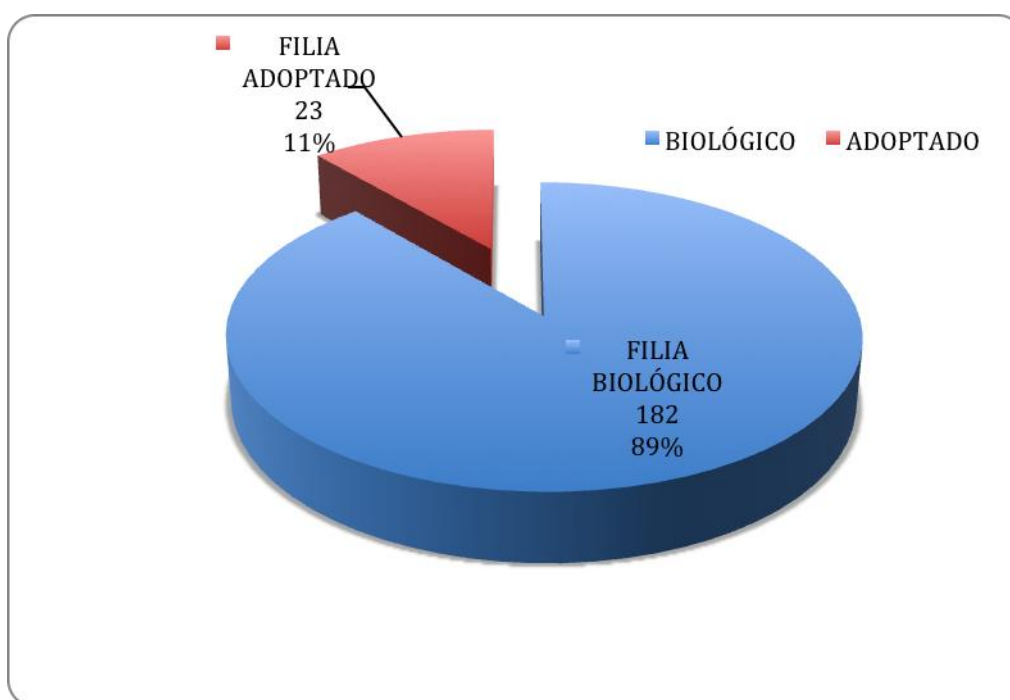


GRÁFICO 6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN AL TIPO DE FILIACIÓN

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los alumnos según si son hijos adoptados o biológicos. En nuestra muestra existe un número de alumnos que son hijos adoptados, y la distribución es como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos biológicos y adoptados.

La distribución es como se muestra en el gráfico, indicando porcentaje y número de sujetos adoptados con TSM. Concretamente el 11% corresponden a esta categoría.

Hemos constatado el aumento progresivo de alumnos adoptados que ingresan por diferentes motivos y con diferentes diagnósticos en la UADO.

Consideramos relevante esta variable al constatar que hay 52.326 adoptados en España según datos del INE 2009 lo que supone el 0,115945% para toda la población. Para la Comunidad de Madrid de un total de 923 niños adoptados sobre una población de 6,489,680 habitantes supone el 0.014222%, cifra muy alta al considerar la población minoritaria para esta población. Datos del INE 2010.

De estos alumnos desconocemos su vinculación afectiva y sus antecedentes genéticos.

#### FILIA

BIOLÓGICO	182
ADOPTADO	23

205

#### Distribución de la muestra en relación al tipo de familia

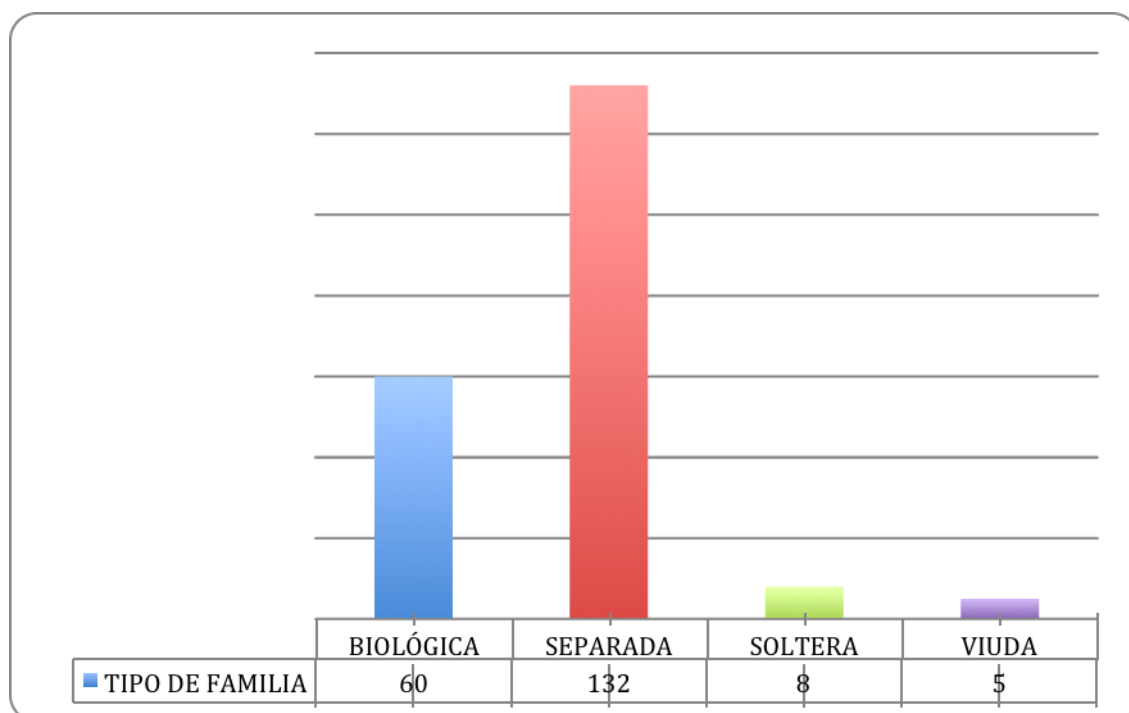


GRÁFICO 7: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN AL TIPO DE FAMILIA

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los tipos de familia.

En la muestra el alumno pertenece a diferentes tipos de familia, consideramos familia separada aunque en ocasiones pueda estar reconstruida, pero el sujeto no vive con ambos padres biológicos o adoptantes.

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos en cada tipo de familia. Existe un amplio porcentaje de alumnos de padres separados, con todo lo que la ruptura familiar supone para el menor, un momento de desequilibrio y pérdida, que en muchos casos es precisamente el detonante de la situación de vulnerabilidad e inestabilidad que puede manifestarse de diversas maneras, externalizando o interiorizando los sentimientos.

#### **Distribución de la muestra en relación al consumo de tóxicos**

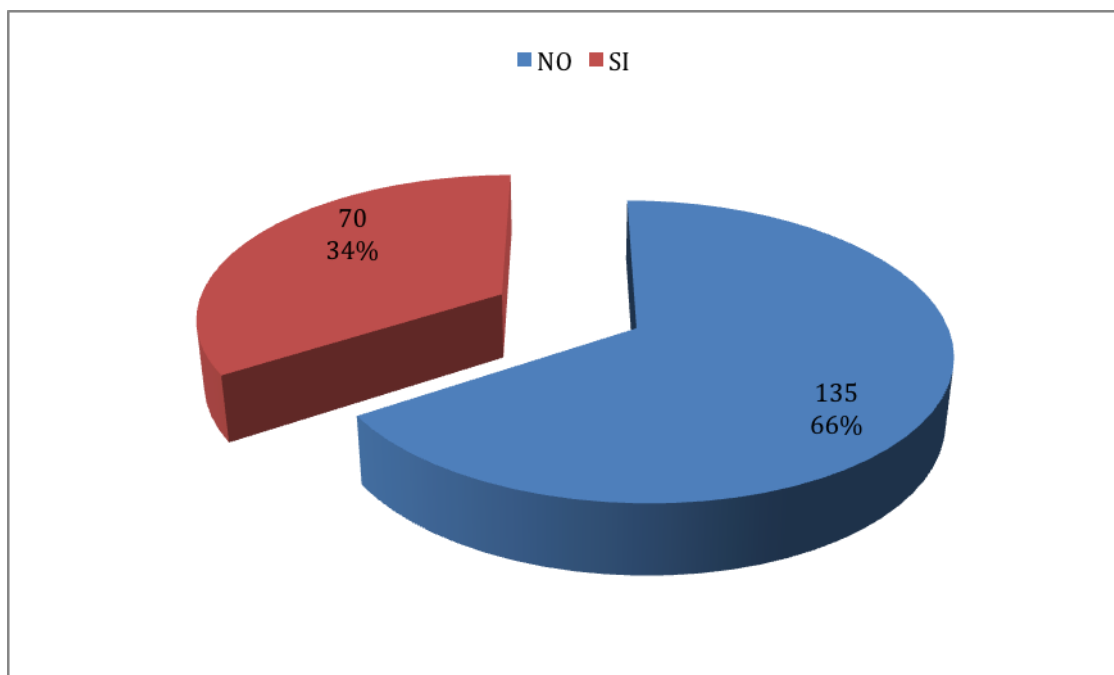


GRÁFICO 8: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN AL CONSUMO DE TÓXICOS

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los sujetos que consumen tóxicos. Incluimos todo tipo de consumo exceptuando tabaco



La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos consumidores, al menos que admiten su consumo. Existe un amplio porcentaje de alumnos consumidores, con todo el riesgo que conlleva el consumo, incluso para la población sin trastorno, agravándose este riesgo se agrava en los adolescentes diagnosticados con TSM.

#### CONSUMO DE TÓXICOS

NO	135
SI	70

205

#### Distribución de la muestra en relación a las medidas de protección

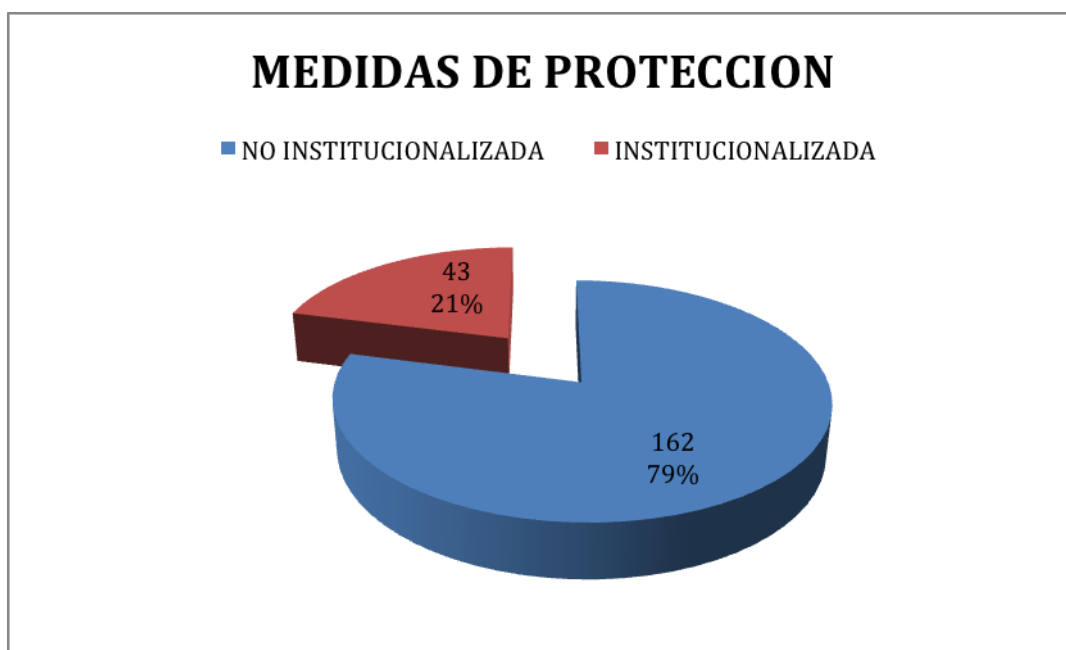


GRÁFICO 9: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN A LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN

En nuestra muestra, se encuentran sujetos que tienen diferentes medidas de protección. En la Comunidad de Madrid, el organismo que se encarga de la protección

de menores es el Instituto Madrileño del Menor y la Familia. (IMMF). Organismo dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales para dar una respuesta global e integradora a las necesidades de la infancia especialmente de los más desfavorecidos. La Comisión de Tutela del Menor es la que se encarga de velar por los intereses de los menores en situación de desamparo y/o riesgo social y procurarles las medidas protectoras necesaria para asegurar su atención.

Consideramos que el sujeto está institucionalizado, cuando el sujeto tiene alguna medida de protección, guarda o tutela, lo que supone no vivir con el núcleo familiar, sino en las diferentes residencias o casas de acogidas de la Comunidad de Madrid.

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos institucionalizado o no. Existe un amplio porcentaje de alumnos con medidas de protección, no especificamos cuales, con todo lo supone por una parte, la ruptura con la convivencia familiar que ya supone un momento de vulnerabilidad para el adolescente, a lo que además hay que añadir las circunstancias que han tenido lugar hasta llegar a la institucionalización.

#### MEDIDAS DE PROTECCION

NO	
INSTITUCIONALIZADA	162
INSTITUCIONALIZADA	43
	205

**Distribución de la muestra en relación con la coordinación con centro de referencia**

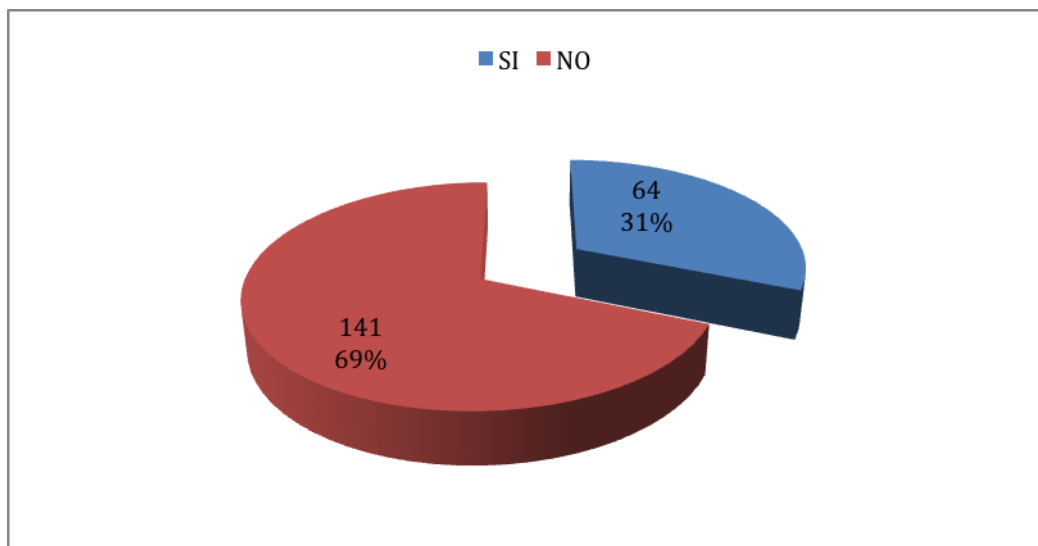


GRÁFICO 10: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN A LA COORDINACIÓN CON CENTROS DE REFERENCIA

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los alumnos con los que se ha mantenido la coordinación preceptiva establecida para continuar con su proceso educativo siguiendo las instrucciones normativas

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos con los que se han mantenido la coordinación. Estos alumnos han estado ingresados más de dos semanas.

#### COORDINACIÓN

SI	64
NO	141

205

**Distribución de la muestra en relación con el seguimiento del proceso educativo en sus centros**

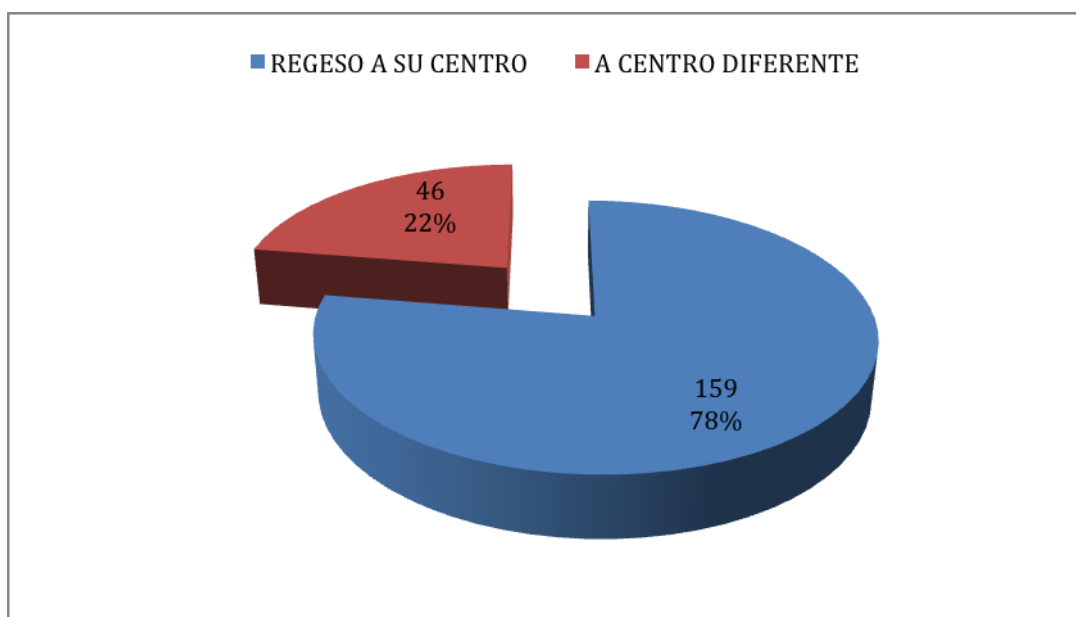


GRÁFICO 11:GRÁFICO Nº 11 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN CON EL SEGUIMIENTO EN SUS CENTROS DE REFERENCIA.

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los tipos de familia.

En la muestra el alumno pertenece a diferentes tipos de familia, consideramos familia separada aunque en ocasiones pueda estar reconstruida, pero el sujeto no vive con ambos padres biológicos o adoptantes.

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos en cada tipo de familia. Existe un amplio porcentaje de alumnos de padres separados, con todo lo que la ruptura familiar supone para el menor, un momento de desequilibrio y pérdida, que en muchos casos es precisamente el detonante de la situación de vulnerabilidad e inestabilidad que puede manifestarse de diversas maneras, externalizando o interiorizando los sentimientos.

#### SEGUIMIENTO

REGESO A SU CENTRO	159
A CENTRO DIFERENTE	46

205

**Distribución de la muestra en relación a los motivos de ingreso**

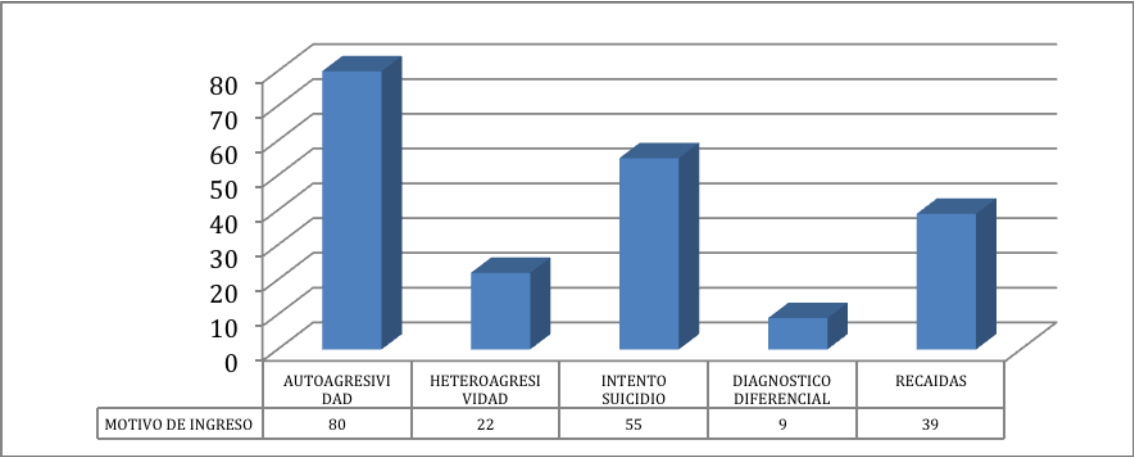


GRÁFICO 12: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN AL MOTIVO DE INGRESO

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los motivos de ingreso de los alumnos.

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos que han ingresado por los diferentes motivos. Llama la atención el ingreso por autoagresividad y en un segundo lugar los intentos de suicidio. Son realmente indicadores de una autoestima muy baja y una incapacidad para poder resolver problemas. La desesperanza y la soledad parecen estar presentes en estas conductas, lo que conlleva de sufrimiento para el adolescente.

**MOTIVO DE INGRESO**

AUTOAGRESIVIDAD	80
HETEROAGRESIVIDAD	22
INTENTO SUICIDIO	55
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	9
RECAIDAS	39

205

Distribución de la muestra por diagnóstico

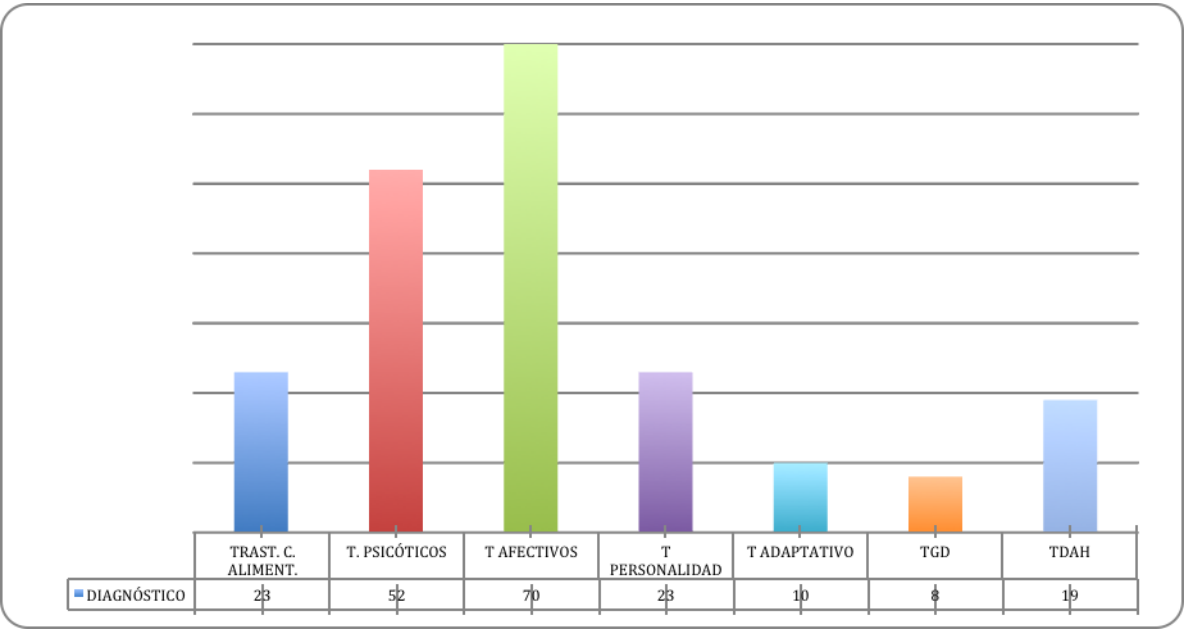


GRÁFICO 13: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR DIAGNÓSTICO

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los diferentes diagnósticos

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos en cada espectro diagnóstico, ya que no siempre se pueden diagnosticar con claridad. Existe un amplio porcentaje de alumnos con diagnóstico de trastornos afectivos, lo que nos hace pensar en la necesidad de la vinculación afectiva y como les afecta en su desarrollo.

DIAGNÓSTICO

TRAST. C. ALIMENT.	23
T. PSICÓTICOS	52
T AFECTIVOS	70
T PERSONALIDAD	23
T ADAPTATIVO	10
TGD	8

TDAH

19

205

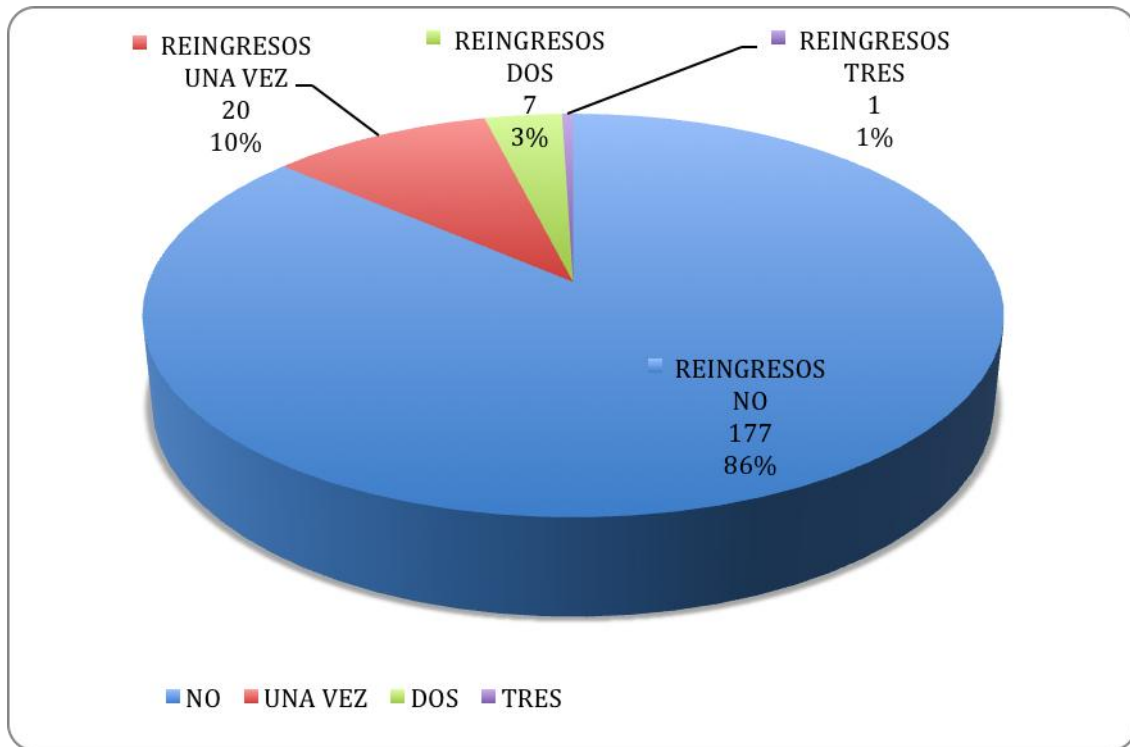
**Distribución de la muestra en relación a reingresos**

GRÁFICO 14: GRÁFICO Nº 14 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR REINGRESOS

En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados los alumnos que una vez ingresados y retón su vida normalizada, reingresan de nuevo.

En la muestra consideramos que el ingreso se realiza una vez, a partir de nuevas hospitalizaciones se consideran reingresos

La distribución como se muestra en el gráfico, indica porcentaje y número de sujetos que ingresan una o más veces. Existe un amplio porcentaje de alumnos que solo han ingresado una vez, los reingesos suponen un 13 % , siendo la mayor frecuencia el reingreso una vez.

---

## 7.5 RESULTADOS

---

---

### 7.5.1. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

---

#### Matriz de Datos:

Una vez conseguido el material para llevar a cabo nuestra investigación, y planteadas las hipótesis de la misma, procedimos a la codificación de datos correspondientes a las variables de estudio de todos los ítems, disponiéndolos en una base o Matriz de Datos de Microsoft Excel.

#### Codificación de variables:

Codificamos las variables nominales, agrupándolas en las categorías más frecuentemente repetidas, asignándoles números, de modo que ello nos pueda permitir realizar grupos homogéneos más fácilmente manipulables.

Cada variable corresponde a un ítem y las disponemos por columnas.

También hemos dado a las respuestas valores, equivalentes a las respuestas posibles, la agrupación por categorías y su cuantificación.

#### Estadística Descriptiva:

Con la Ayuda del Centro de Apoyo a la Investigación de la U.C.M. hemos extraído una Tabla de Frecuencias y Porcentajes para el Análisis Descriptivo y Cualitativo, con el fin de describir la realidad existente.

Hemos utilizado, en primer lugar, un estadístico que nos permita afirmar si existen o no relaciones entre las variables.



La prueba estadística Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) nos permite comparar variables categóricas y ver si existe relación entre ellas, profundizando un paso más en la descripción de datos que pretenden dar respuesta a nuestros planteamientos de estudio. Esta medida de asociación entre dos variables forma tablas de contingencia (Everitt y Wykes, 2001:41).

Para ello vamos la hipótesis de nulidad con las diferentes variables , a fin de confirmar entre que grupos hay diferencias.

El test exacto de Fisher, como método alternativo al estadístico Chi-cuadrado, nos permite avanzar un paso más en la investigación y contrastar la independencia de dos variables de la tabla de contingencia cuando las frecuencias esperadas son pequeñas y la significatividad de Chi-cuadrado se reduce por la escasez de respuestas en determinadas celdillas, que conforman grupos pequeños, evaluando la suma de probabilidades (Everitt y Wykes, 2001).

Las Tablas de Contingencia las empleamos para estimar la asociación o relación entre dos conjuntos de atributos (Siegel, 1985) o dos variables (Everitt y Wykes, 2001:38 y 181).

Graficación Estadística: Con objeto de representar con imágenes claras la realidad de datos con la que trabajamos y datos que obtenemos, utilizamos el programa Power Point, que nos permite trabajar con gráficos acordes al tipo de medición que queremos presentar: Gráficos de Pastel, Diagrama de Barras y de Pirámides (Botella, León, San Martín y Barriopedro, 2001).

Tras haber recogido la información y una vez realizada la aplicación del chi-cuadrado, los resultados que hemos obtenido son los siguientes:

---

#### 7.5.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

---

Queremos ofrecer el resumen de los resultados a los que hemos llegado, una vez realizados los análisis de los datos para cada una de las hipótesis y subhipótesis del estudio.

## RESULTADOS

Respecto a la hipótesis general primera planteábamos que:

Hp 1: ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el sexo?.

Para esta Hp1 únicamente se rechaza la hipótesis de nulidad, de nuestra muestra, y se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

- Subhipótesis 1: Existe relación entre el sexo y los diferentes diagnósticos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el sexo y el diagnóstico1, Trastorno de la Conducta Alimentaria, TCA, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre los TCA y el sexo femenino, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más las mujeres que sufren TCA que los hombres.

Tabla de sexo por diag1

sexo(sexo)	diag1		
	0	1	Total
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col			
1	98	2	100
	98.00	2.00	
	53.85	8.70	
2	84	21	105
	80.00	20.00	
	46.15	91.30	

Total	182	23	205

Estadísticos para la tabla de sexo por diag1

Estadístico	DF	Valor	Prob
Chi-cuadrado	1	16.6605	<.0001
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	19.2506	<.0001
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	14.9024	0.0001
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	16.5793	<.0001
Coeficiente Phi		0.2851	
Coeficiente de contingencia		0.2742	
V de Cramer		0.2851	

Chicos: 1, Chicas: 2

Diagnóstico1: TCA Trastorno de la Conducta Alimentaria

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el sexo y el diagnóstico 4. Trastorno de la personalidad, TP, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre los TP y el sexo femenino, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más las mujeres que sufren TP que los hombres.

Tabla de sexo por diag4

sexo(sexo)	diag4		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total

1		94		6		100
		94.00		6.00		
		51.65		26.09		
-----+-----+-----+						
2		88		17		105
		83.81		16.19		
		48.35		73.91		
-----+-----+-----+						
Total		182		23		205

Estadísticos para la tabla de sexo por diag4

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	5.3399	0.0208
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	5.5583	0.0184
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	4.3658	0.0367
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	5.3138	0.0212
Coeficiente Phi		0.1614	
Coeficiente de contingencia		0.1593	

. Chicos: 1, Chicas: 2

Diagnóstico 4: TP Trastorno personalidad

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 1 que indica la relación entre el sexo y el diagnóstico 6 :Trastorno Generalizados del Desarrollo, TGD, ya que en nuestra muestra observamos una estrecha relación entre los TGD y el sexo

masculino, lo que confirma que existe relación para estas variables. Es decir, que son más los hombres que sufren TGD que las mujeres.

En este caso hemos acudido a un segundo nivel de análisis, ya que la muestra es muy pequeña para esta característica. Se confirma la subhipótesis1, y podemos inferir que si nuestra muestra fuera mayor para este valor, seguiría confirmándose.

Tabla de sexo por diag6

sexo(sexo)	diag6		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
1	93	7	100
	93.00	7.00	
	47.21	87.50	
-----+-----+-----+			
2	104	1	105
	99.05	0.95	
	52.79	12.50	
-----+-----+-----+			
Total	197	8	205

Estadísticos para la tabla de sexo por diag6

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.9952	0.0254
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	5.5546	0.0184
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.5128	0.0609
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.9709	0.0258

Coeficiente Phi	-0.1561
Coeficiente de contingencia	0.1542
V de Cramer	-0.1561

Warning: 50% de las celdas tienen un conteo menor

que 5. Puede que chi-cuadrado no sea un test válido

Test exacto de Fisher

-----  
Celda (1,1) Frecuencia (F) 93

Alineado a la izquierda Pr <= F 0.0277

Alineado a la derecha Pr >= F 0.9972

Tabla de probabilidad (P) 0.0249

De dos caras Pr <= P 0.0319

Tamaño de la muestra = 205

. Chicos: 1, Chicas: 2

#### Diagnóstico6: TGD Trastorno Generalizados del Desarrollo

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1, que indica la relación entre el sexo y el diagnóstico 7: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH, ya que en nuestra muestra, observamos una estrecha relación entre los TGD y el sexo masculino lo que confirma que existe relación para estas variables. Es decir, que son más los hombres que sufren TDAH que las mujeres.

Tabla de exo por diag7

sexo(sexo) diag7

Frecuencia|

Pct fila |

Pct col	0	1	Total
1	83	17	100
	83.00	17.00	
	44.62	89.47	
2	103	2	105
	98.10	1.90	
	55.38	10.53	
Total	186	19	205

Estadísticos para la tabla de sexo por diag7

Estadístico	DF	Valor	Prob
Chi-cuadrado	1	13.8789	0.0002
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	15.5855	<.0001
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	12.1419	0.0005
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	13.8112	0.0002
Coeficiente Phi		-0.2602	
Coeficiente de contingencia		0.2518	
V de Cramer		-0.2602	

. Chicos: 1, Chicas: 2

Diagnóstico 7: TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de la subhipótesis 1

- Subhipótesis 2: Existe relación entre el sexo y los motivos de ingreso.

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 2, que indica la relación entre sexo y el motivo de ingreso<sup>1</sup>, autoagresividad y descontrol de impulsos, ya que en nuestra muestra, observamos que existe relación entre este motivo de ingreso y el sexo masculino, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más los hombres que ingresan por este motivo, autoagresividad y descontrol de impulsos, que las mujeres.

Tabla de sexo por ingr1

sexo(sexo)	ingr1		
	0	1	Total
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col			
-----+-----+-----+			
1	49	51	100
	49.00	51.00	
	39.20	63.75	
-----+-----+-----+			
2	76	29	105
	72.38	27.62	
	60.80	36.25	
-----+-----+-----+			
Total	125	80	205

Estadísticos para la tabla de sexo por ingr1

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	11.7670	0.0006
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	11.8849	0.0006
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	10.8050	0.0010



Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	11.7096	0.0006
Coeficiente Phi		-0.2396	
Coeficiente de contingencia		0.2330	
V de Cramer		-0.2396	

Chicos: 1, Chicas: 2

Motivo de ingreso 1: Autoagresividad y falta de control de impulsos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis<sup>2</sup> que indica la relación entre sexo y motivo de ingreso<sup>3</sup>, intento de suicidio, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre este motivo de ingreso y el sexo femenino, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más las mujeres que ingresan por intento de suicidio que hombres.

Tabla de sexo por ingr3

sexo(sexo)	ingr3		
	0	1	Total
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col			
1	81	19	100
	81.00	19.00	
	54.00	34.55	
2	69	36	105
	65.71	34.29	
	46.00	65.45	
Total	150	55	205

## Estadísticos para la tabla de sexo por ingr3

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	6.0962	0.0135
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	6.1806	0.0129
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	5.3424	0.0208
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	6.0665	0.0138
Coeficiente Phi		0.1724	
Coeficiente de contingencia		0.1699	
V de Cramer		0.1724	

. Chicos: 1, Chicas: 2

Motivo de ingreso 3: Intentos de suicidio

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás motivos de ingreso de la subhipótesis 2

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues, podemos afirmar que conforme a la revisión realizada, aceptando la hipótesis inicialmente planteada, para nuestra muestra, se confirma la hipótesis1, que indica que existe relación entre los TSM y el sexo de los sujetos.

Esta relación se establece de manera significativa en algunos de los motivos de ingreso y diferentes diagnósticos.

Podemos afirmar que el sexo es relevante en algunos diagnósticos (TCA y TP) y que el sexo también lo es para algunos motivos de ingreso, en concreto que los chicos

ingresan más que las chicas por autogresión y descontrol de impulsos y las chicas ingresan con más frecuencia que los chicos por intentos de suicidio.

Hp 2.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la edad?

Para esta Hp2 únicamente se rechaza la hipótesis de nulidad, de nuestra muestra, y se confirma que existe relación para las siguientes subhipotesis :

- Subhipótesis 1: Existe relación entre edad y los diferentes diagnósticos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre la edad y algunos diagnósticos.

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre la edad 12-14 y el diagnóstico 7: Trastorno de Déficit de Atención por Hiperactividad, TDAH, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre este rango de edad y el diagnóstico de TDAH, confirmando la relación entre estas variables. Es decir, que son más los sujetos entre 12-14 años que tienen TDAH, lo que se confirma lo que población general, que los sujetos con TDAH mejoran con la edad.

Tabla de edad por diag7

edad(edad)	diag7		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
12-14	47	11	58
	81.03	18.97	
	25.27	57.89	
-----+-----+-----+			

15-17		139		8		147
		94.56		5.44		
		74.73		42.11		
-----+-----+-----+						
Total		186		19		205

## Estadísticos para la tabla de edad por diag7

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	9.0448	0.0026
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	8.0915	0.0044
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	7.5082	0.0061
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	9.0007	0.0027
Coeficiente Phi		-0.2101	
Coeficiente de contingencia		0.2056	
V de Cramer		-0.210	

## Diagnostico 7 TDAH: Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad

Edad:12-14 años

Edad: 15-17 años

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de esta subhipótesis1

- Subhipotesis 6: Existe relación entre edad y tipo de filia

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipotesis 6 que indica la relación entre la edad y la filia del sujeto, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el menor rango de edad y ser hijo adoptado, lo que confirma la

existencia de relación entre estas variables. Es decir, a menor rango de edad hay más sujetos adoptados. La adopción ha sido un fenómeno social que desde hace algunos años, ha aumentado de forma considerable, por lo que los adolescentes adoptados se sitúan actualmente en edades más tempranas.

Tabla de edad por b\_a

edad(edad)	b_a (b/a)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
12-14	45	13	58
	77.59	22.41	
	24.73	56.52	
15-17	137	10	147
	93.20	6.80	
	75.27	43.48	
Total	182	23	205

Estadísticos para la tabla de edad por b\_a

Estadístico	DF	Valor	Prob
Chi-cuadrado	1	10.1757	0.0014
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	9.1591	0.0025
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	8.6688	0.0032
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	10.1261	0.0015
Coeficiente Phi		-0.2228	

Coeficiente de contingencia	0.2175
V de Cramer	-0.2228

. Edad 1. 12-14 , Edad 2. 15-17

Filia del sujeto: 1 biológico, 2 Adoptado

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues, podemos afirmar que en base a la revisión a realizada aceptando la hipótesis inicialmente planteada, para nuestra muestra se confirma la hipótesis2, que indica que existe relación entre los TSM y la edad sujetos. Esta relación se confirma de manera significativa para el diagnóstico TDAH y la edad de los sujetos entre 12-14 años.

Hp 3.- ¿Existen relación entre los diferentes TSM y el curso académico?

Para la Hp3 únicamente se rechaza la hipótesis de nulidad, de nuestra muestra, y se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

- Subhipótesis 1: Existe relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico y el diagnóstico1: Trastorno de la Conducta Alimentaria, TCA, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más los sujetos que sufren TCA en los cursos 1º y 2º ESO

Tabla de cur12 por diag1

curl2(curl2)		diag1	
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col		0	1  Total
-----+-----+-----+			
1		66	3   69
		95.65	4.35
		36.26	13.04
-----+-----+-----+			
2		116	20   136
		85.29	14.71
		63.74	86.96
-----+-----+-----+			
Total		182	23 205
Estadísticos para la tabla de curl2 por diag1			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.9306	0.0264
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	5.6824	0.0171
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.9455	0.0470
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.9065	0.0268
Coeficiente Phi		0.1551	
Coeficiente de contingencia		0.1533	
V de Cramer		0.1551	

. Cursos1º y 2ºESO

Diagnóstico 1: Trastorno de la Conducta Alimentaria TCA

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos, ya que, en nuestra

muestra, observamos que existe relación entre el curso académico Bachillerato y otros curso, y el diagnóstico 3, Trastornos Afectivos, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que los sujetos que sufren TAfectivos se encuentran escolarizados con más frecuencia en Bachillerato y otros cursos, no en secundaria

Tabla de curs por diag3

curs(curs)	diag3		
	0	1	Total
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col			
1	43	11	54
	79.63	20.37	
	31.85	15.71	
2	92	59	151
	60.93	39.07	
	68.15	84.29	
Total	135	70	205

Estadísticos para la tabla de curs por diag3

Estadístico	DF	Valor	Prob
Chi-cuadrado	1	6.1872	0.0129
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	6.5672	0.0104
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	5.3834	0.0203
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	6.1570	0.0131
Coeficiente Phi		0.1737	
Coeficiente de contingencia		0.1712	
V de Cramer		0.1737	



otros cursos académicos: no ESO

Diagnóstico 3: Trastornos Afectivos T Af

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico 3º y 4º ESO y el diagnóstico 7: Trastornos por Déficit de Atención c Hiperactividad, TDAH, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que los sujetos que sufren TDAH se encuentran escolarizados en 3º y 4º ESO

Tabla de cur34 por diag7

cur34 (cur34)	diag7		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
1	80	2	82
	97.56	2.44	
	43.01	10.53	
-----+-----+-----+			
2	106	17	123
	86.18	13.82	
	56.99	89.47	
-----+-----+-----+			
Total	186	19	205

Estadísticos para la tabla de cur34 por diag7

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	7.5797	0.0059

Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	8.9435	0.0028
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	6.2866	0.0122
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	7.5427	0.0060
Coeficiente Phi		0.1923	
Coeficiente de contingencia		0.1888	
V de Cramer		0.1923	

curso académico: 3º y 4º ESO

#### Diagnóstico 7: Trastornos por Decifit de Atención con Hiperactividad, TDAH

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de la subhipótesis

1

- Subhipótesis 2: Existe relación entre el curso académico y motivo de ingreso

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico 1º y 2º ESO y el motivo de ingreso 2: heteroagresividad, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que los sujetos que ingresan por heteroagresividad se encuentran escolarizados con más frecuencia en 1º y 2º ESO

Tabla de cur12 por ingr2

cur12(cur12)	ingr2		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
1	56	13	69
	81.16	18.84	
	30.60	59.09	

-----+-----+-----+			
2	127	9	136
93.38   6.62			
69.40   40.91			
-----+-----+-----+			
Total	183	22	205

Estadísticos para la tabla de cur12 por ingr2

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	7.1387	0.0075
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	6.7091	0.0096
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	5.9198	0.0150
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	7.1039	0.0077
Coeficiente Phi		-0.1866	
Coeficiente de contingencia		0.1834	
V de Cramer		-0.1866	

curso académico: 1º y 2º ESO

Motivos de ingreso 2: Heteroagresividad

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico 3º y 4º ESO y el motivo de ingreso 2: heteroagresividad, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más los sujetos que ingresan por heteroagresividad están en

los cursos 3º y 4º ESO. La heteroagresividad es el motivo de ingreso más frecuente para toda la educación secundaria.

Tabla de cur34 por ingr2

cur34 (cur34)	ingr2		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
1	77	5	82
	93.90	6.10	
	42.08	22.73	
-----+-----+-----+			
2	106	17	123
	86.18	13.82	
	57.92	77.27	
-----+-----+-----+			
Total	183	22	205

Estadísticos para la tabla de cur34 por ingr2

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	3.0636	0.0801
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	3.2757	0.0703
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	2.3105	0.1285
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.0487	0.0808
Coeficiente Phi		0.1222	
Coeficiente de contingencia		0.1213	
V de Cramer		0.1222	

curso académico: 1º y 2º ESO

Motivos de ingreso 2: Heteroagresividad

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y los diferentes diagnósticos, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico 1º y 2º ESO y el motivo de ingreso 5: ajustar el tratamiento, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos que ingresan para ajustar tratamiento están escolarizados en los cursos 3º y 4º ESO

Procedimiento FREQ			
Tabla de cur12 por ingr5			
cur12(cur12)	ingr5		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
1	61	8	69
	88.41	11.59	
	36.75	20.51	
-----+-----+-----+			
2	105	31	136
	77.21	22.79	
	63.25	79.49	
-----+-----+-----+			
Total	166	39	205
Estadísticos para la tabla de cur12 por ingr5			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	3.7273	0.0535

Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	3.9841	0.0459
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.0358	0.0814
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.7092	0.0541
Coeficiente Phi		0.1348	
Coeficiente de contingencia		0.1336	
V de Cramer		0.1348	

curso académico: 1º y 2º ESO

#### Motivos de ingreso 5: Ajustar tratamiento

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de esta subhipótesis1

- Subhipotesis 5: Existe relación entre el curso académico y filiación

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y filia del sujeto, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico 1º y 2º ESO y adoptados, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más los sujetos adoptados que se encuentran escolarizados en los cursos 1º y 2º ESO, lo que confirma el hecho de que los sujetos adoptados se encuentran con más frecuencia en los primeros cursos de secundaria y en edades más tempranas, como vimos en la subhipotesis 6

Tabla de curl2 por b\_a

curl2(curl2)	b_a(b/a)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
-----+-----+-----+			
1	54	15	69
	78.26	21.74	
	29.67	65.22	
-----+-----+-----+			

2		128		8		136
		94.12		5.88		
		70.33		34.78		
-----+-----+-----+						
Total		182		23		205
Estadísticos para la tabla de cur12 por b_a						
Estadístico		DF		Valor		Prob
-----						
Chi-cuadrado		1		11.5551		0.0007
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud		1		10.8367		0.0010
Chi-cuadrado adj. de continuidad		1		10.0180		0.0016
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel		1		11.4987		0.0007
Coeficiente Phi				-0.2374		
Coeficiente de contingencia				0.2310		
V de Cramer				-0.2374		

curso académico: 1º y 2º ESO

Tipo de filia: 1 biológico, 2 adoptado

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el curso académico y filia del sujeto, ya que, en nuestra muestra, observamos que existe relación entre el curso académico 3º y 4º ESO y biológicos, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, que son más los sujetos biológicos los que están en los cursos 3º y 4º ESO

Tabla de cur34 por b_a				
cur34 (cur34)	b_a (b/a)			
Frecuencia				
Pct fila				
Pct col	1	2	Total	
-----+-----+-----+				
1	78	4	82	

		95.12		4.88		
		42.86		17.39		
-----+-----+-----+						
2		104		19		123
		84.55		15.45		
		57.14		82.61		
-----+-----+-----+						
Total		182		23		205
Estadísticos para la tabla de cur34 por b_a						
Estadístico		DF		Valor		Prob
-----						
Chi-cuadrado		1		5.5176		0.0188
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud		1		6.1025		0.0135
Chi-cuadrado adj. de continuidad		1		4.5075		0.0337
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel		1		5.4907		0.0191
Coeficiente Phi				0.1641		
Coeficiente de contingencia				0.1619		
V de Cramer				0.1641		

curso académico: 3º y 4º ESO

Tipo de filia: 1 biológico, 2 adoptado

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues, podemos afirmar que conforme a la revisión realizada, aceptando la hipótesis inicialmente planteada, para nuestra muestra, se confirma la hipótesis3, que indica que existe relación entre los TSM y el curso académico en el que están escolarizados los sujetos. Esta relación se establece de manera significativa en algunos de los motivos de ingreso y diagnósticos.



Podemos afirmar que el curso es relevante en algunos diagnósticos como TCA y TDAH y que el curso también es relevante para algunos motivos de ingreso, en concreto, el ingreso por heteroagresividad que es el mas frecuente para toda la secundaria.

#### Hp 4.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el tipo de centro?

Para la Hp4 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, y se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

- Subhipótesis 1: Existen relación entre los diferentes diagnósticos y el tipo de centro

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el diagnóstico 1: Trastorno de Conducta Alimentaria, TCA y centro público, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre este diagnóstico y este tipo de centro, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos con TCA asisten a centros públicos.

Tabla de diag1 por tipo

diag1	tipo(tipo)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2+3	Total
	0	1	
	121	61	182
	66.48	33.52	
	85.82	95.31	
	1	20	23
	86.96	13.04	

	14.18	4.69	
	-----+-----+-----+		
Total	141	64	205
Estadísticos para la tabla de diag1 por tipo			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	3.9858	0.0459
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	4.5845	0.0323
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.0894	0.0788
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.9664	0.0464
Coeficiente Phi		-0.1394	
Coeficiente de contingencia		0.1381	
V de Cramer		-0.1394	

### Diagnóstico 1: Trastorno de Conducta Alimentaria:TCA

Tipo de centro: 1 público, 2 privado

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis1 que indica la relación entre el diagnóstico 5: Trastorno Adaptativo, TAd ,y centro privado, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre este diagnóstico y este tipo de centro, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos con diagnóstico de trastorno afectivo asisten a centro privado/concertado.

Tabla de diag5 por tipo			
diag5	tipo(tipo)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2+3	Total
	-----+-----+-----+		
0	137	58	195

		70.26		29.74	
		97.16		90.63	
-----+-----+-----+					
1		4		6	
		40.00		60.00	
		2.84		9.38	
-----+-----+-----+					
Total		141		64	205

Estadísticos para la tabla de diag5 por tipo

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.0553	0.0440
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	3.7029	0.0543
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	2.7687	0.0961
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.0355	0.0446
Coeficiente Phi		0.1406	
Coeficiente de contingencia		0.1393	
V de Cramer		0.1406	

Warning: 25% de las celdas tienen un conteo menor

que 5. Puede que chi-cuadrado no sea un test válid

Test exacto de Fisher

-----	
Celda (1,1) Frecuencia (F)	137
Alineado a la izquierda Pr <= F	0.9885
Alineado a la derecha Pr >= F	0.0524
Tabla de probabilidad (P)	0.0409
De dos caras Pr <= P	0.0738

Tamaño de la muestra = 205

En este caso hemos acudido a un segundo nivel de análisis, ya que la muestra es muy pequeña para esta característica. Se confirma la subhipótesis1, y podemos inferir que si nuestra muestra fuera mayor para este valor, podría seguir confirmándose.

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de la subhipótesis 1

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues podemos afirmar que en base a la revisión realizada aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se acepta la subhipótesis1, existiendo relación entre algunos diagnósticos y el tipo de centro al que acuden los sujetos. Esta relación se confirma de manera significativa para el diagnóstico de TCA y centro público.

Hp 5.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la repetición curso?

Para la Hp5 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, y se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

Subhipótesis 2: Existe relación entre repetición de curso y tipo de familia

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 2, que indica la relación entre repetición de curso y tipo de familia, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre la repetición de curso y las familias separadas, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos que repiten pertenecen a familias separadas con mayor frecuencia.

Tabla de familia por repite\_curso

familia(familia)			
repite_curso(repite curso)			
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
-----+-----+-----+			
1+3+4	40	33	73
	54.79	45.21	
	28.99	49.25	
-----+-----+-----+			
2	98	34	132
	74.24	25.76	
	71.01	50.75	
-----+-----+-----+			
Total	138	67	205

Estadísticos para la tabla de familia por repite\_curso

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	8.0806	0.0045
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	7.9425	0.0048
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	7.2208	0.0072
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	8.0412	0.0046
Coeficiente Phi		-0.1985	
Coeficiente de contingencia		0.1947	

Tipo de familia1+2+3 Normalizada y 2 Separada

Repita curso: 1 si, 2 no

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues podemos afirmar que en base a la revisión realizada aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se acepta la subhipótesis2, existiendo relación entre la repetición de centro y el tipo de familia de los sujetos. Esta relación se confirma de manera significativa para la repetición de curso y las familias separadas.

Hp 6.-¿Existe relación entre los TSM y la filia del sujeto?

Para la Hp6 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

- Subhipótesis 2: Existe relación entre filia y motivos de ingreso

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 2, que indica la relación entre filia y motivo de ingreso, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre ser hijo adoptado y motivo de ingreso 5, ajuste de tratamiento, lo que confirma que existe relación entre estas variables.

Tabla de b a por ingr5

```

b_a(b/a)      ingr5

Frecuencia|

Pct fila  |

Pct col   |          0|          1|  Total
-----+-----+-----+
          1 |         144 |         38 |        182

```

		79.12		20.88		
		86.75		97.44		
-----+-----+-----+						
2		22		1		23
		95.65		4.35		
		13.25		2.56		
-----+-----+-----+						
Total		166		39		205

Estadísticos para la tabla de b\_a por ingr5

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	3.6224	0.0570
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	4.7738	0.0289
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	2.6288	0.1049
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.6047	0.0576
Coeficiente Phi		-0.1329	
Coeficiente de contingencia		0.1318	
V de Cramer		-0.1329	

Tipo de filia 1 biológico, 2 adoptado

Motivo de ingreso5: Ajustar tratamiento, recaídas.

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás motivos de ingreso de la subhipótesis 2

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues podemos afirmar que en base a la revisión realizada, aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se confirma la hipótesis 6, existiendo relación entre la filia del sujeto y los TSM.

#### Hp 7.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y el tipo de familia?

Para la Hp7 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, se confirma que existe relación para las siguientes subhipotesis :

- Subhipótesis 4: Existe relación entre tipo de familia y consumo de drogas

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 4, que indica la relación entre el tipo de familia y el consumo de drogas, ya que en nuestra muestra, observamos que existe relación entre las familias separadas y el consumo de drogas, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Los sujetos que consumen drogas, son con más frecuencia pertenecientes a familias separadas.

Tabla de familia por CONSUMO

familia(familia)		CONSUMO (CONSUMO)		
Frecuencia				
Pct fila				
Pct col		1	2	Total
-----+-----+-----+				
1+3+4		55	18	73
		75.34	24.66	
		40.74	25.71	
-----+-----+-----+				
2		80	52	132
		60.61	39.39	



	59.26   74.29	
	-----+-----+-----+	
Total	135	70 205

Estadísticos para la tabla de familia por CONSUMO

Estadístico	DF	Valor	Prob
Chi-cuadrado	1	4.5394	0.0331
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	4.6674	0.0307
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.9077	0.0481
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.5173	0.0336
Coeficiente Phi		0.1488	
Coeficiente de contingencia		0.1472	
V de Cramer		0.1488	

Tipo de familia1+3+4 Normalizada y 2 Separada

Consumo de drogas: 1 no y 2 si

- Subhipótesis 5: Existe relación entre tipo de familia y tipo de filia

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis que indica la relación entre el tipo de familia y el tipo de filia, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre las familias normalizadas e hijo adoptado, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Queremos señalar que las familias normalizadas son las que con más frecuencia tienen hijos adoptados.

Tabla de familia por b\_a

familia(familia)		b_a(b/a)	
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
-----+-----+-----+			
1+3+4	60	13	73
	82.19	17.81	
	32.97	56.52	
-----+-----+-----+			
2	122	10	132
	92.42	7.58	
	67.03	43.48	
-----+-----+-----+			
Total	182	23	205

Estadísticos para la tabla de familia por b_a			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.9410	0.0262
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	4.7190	0.0298
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.9671	0.0464
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.9169	0.0266
Coeficiente Phi		-0.1552	
Coeficiente de contingencia		0.1534	
V de Cramer		-0.1552	

Gráfico : Tipode familia1+3+4 Normailizada y 2 Separada

Filia del sujeto: 1 biológico y 2 adoptado

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues podemos afirmar que en base a la revisión realizada aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se confirma la hipótesis 7, existiendo relación entre los TSM y el tipo de familia.

#### Hp 8.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y consumo de drogas?

Para la Hp8 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

- Subhipótesis1: Existe relación entre consumo de drogas y los diferentes diagnósticos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 1 que indica la relación entre el consumo de drogas y diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra, observamos que existe relación entre los no consumidores y el diagnóstico 6, Trastornos Generalizados del Desarrollo, TGD, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos con diagnóstico de TGD es el único grupo que no consume drogas.

Procedimiento FREQ

Tabla de diag6 por CONSUMO

diag6	CONSUMO (CONSUMO)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
0	127	70	197
	64.47	35.53	

		94.07		100.00			
-----+-----+-----+							
	1		8		0		8
			100.00		0.00		
			5.93		0.00		
-----+-----+-----+							
Total			135		70		205

Estadísticos para la tabla de diag6 por CONSUMO

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.3166	0.0377
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	6.8512	0.0089
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	2.8810	0.0896
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.2955	0.0382
Coeficiente Phi		-0.1451	
Coeficiente de contingencia		0.1436	
V de Cramer		-0.1451	

Warning: 25% de las celdas tienen un conteo menor  
que 5. Puede que chi-cuadrado no sea un test válido.

Test exacto de Fisher

-----	
Celda (1,1) Frecuencia (F)	127
Alineado a la izquierda Pr <= F	0.0329
Alineado a la derecha Pr >= F	1.0000
Tabla de probabilidad (P)	0.0329
De dos caras Pr <= P	0.0530

Tamaño de la muestra = 205

Consumo de drogas no 1 y si 2

Diagnóstico6: Trastorno Generalizado del Desarrollo.TGD

Se acepta la hipotesis de nulidad para los demás diagnósticos de la subhipótesis 1

- Subhipótesis2: Existe relación entre consumo de drogas y motivos de ingreso

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 2 que indica la relación entre el consumo de drogas y los motivos de ingreso, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre los consumidores y el motivo de ingreso 5, ajustar tratamiento, lo que confirma que existe relación entre estas variables.

Tabla de ingr5 por CONSUMO

ingr5	CONSUMO (CONSUMO)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
0	102	64	166
	61.45	38.55	
	75.56	91.43	
1	33	6	39
	84.62	15.38	
	24.44	8.57	
Total	135	70	205

Estadísticos para la tabla de ingr5 por CONSUMO

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	7.5393	0.0060
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	8.3849	0.0038
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	6.5441	0.0105
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	7.5025	0.0062
Coeficiente Phi		-0.1918	
Coeficiente de contingencia		0.1883	
V de Cramer		-0.1918	

## Consumo de drogas no 1 y si 2

## Motivo de ingreso 5: Ajustar el tratamiento

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 2 que indica la relación entre el consumo de drogas y los motivos de ingreso, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre los consumidores y el motivo de ingreso 1, autoagresividad, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos que consumen drogas ingresan con más frecuencia por autoagresividad

Tabla de ingr1 por CONSUMO

ingr1	CONSUMO (CONSUMO)		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
-----+-----+-----+			
0	90	35	125
	72.00	28.00	
	66.67	50.00	
-----+-----+-----+			

1		45		35		80
		56.25		43.75		
		33.33		50.00		
-----+-----+-----+						
Total		135		70		205

Estadísticos para la tabla de ingr1 por CONSUMO

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	5.3813	0.0204
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	5.3320	0.0209
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	4.7036	0.0301
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	5.3550	0.0207
Coeficiente Phi		0.1620	
Coeficiente de contingencia		0.1599	
V de Cramer		0.1620	

Bilógico 1 adoptado 2

Consumo de drogas no 1 y si 2

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás motivos de ingreso de la subhipótesis 2

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues, podemos afirmar que en base a la revisión realizada, aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se confirma la hipótesis 8, existiendo relación entre los TSM y el consumo de drogas

#### Hp 9.- ¿Existe relación entre los diferentes TSM y la institucionalización?

Para la Hp 9 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis:

- Subhipótesis1: Existe relación entre institucionalización y diagnósticos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 1 que indica la relación entre institucionalización del sujeto y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre la institucionalización y diagnóstico 3, Trastornos afectivos, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos institucionalizados sufren con más frecuencia trastornos afectivos.

Tabla de diag3 por Institucionalizado

diag3			
Institucionalizado(Institucionalizado)			
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	1	2	Total
-----+-----+-----+			
0	112	23	135
	82.96	17.04	
	69.14	53.49	
-----+-----+-----+			
1	50	20	70
	71.43	28.57	
	30.86	46.51	



-----+-----+-----+			
Total	162	43	205
Estadísticos para la tabla de diag3 por Institucionalizado			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	3.6999	0.0544
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	3.5842	0.0583
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.0368	0.0814
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.6819	0.0550
Coeficiente Phi		0.1343	
Coeficiente de contingencia		0.1331	
V de Cramer		0.134	

Institucionalización 1 no y 2 si

Diagnóstico 3: Trastornos afectivos

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de la subhipótesis 1

- Subhipótesis 2: Existe relación entre institucionalización y motivos ingreso

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 2 que indica la relación entre institucionalización del sujeto y los motivos de ingreso, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre la institucionalización y el motivo de ingreso 2, heteroagresividad, lo que nos confirma la existencia de relación entre estas variables. Es decir, los sujetos institucionalizados ingresan con más frecuencia por heteroagresividad.

Institucionalizado(Institucionalizado)

ingr2

Frecuencia			
Pct fila			
Pct col		0	1  Total
-----+-----+-----+			
1		141	21   162
		87.04	12.96
		77.05	95.45
-----+-----+-----+			
2		42	1   43
		97.67	2.33
		22.95	4.55
-----+-----+-----+			
Total		183	22 205
Estadísticos para la tabla de Institucionalizado por ingr2			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.0136	0.0451
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	5.2963	0.0214
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	2.9800	0.0843
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.9940	0.0457
Coeficiente Phi		-0.1399	
Coeficiente de contingencia		0.1386	
V de Cramer		-0.1399	
Warning: 25% de las celdas tienen un conteo menor			
que 5. Puede que chi-cuadrado no sea un test válido.			

Instutucionalización 1 no y 2 si

Ingreso 2 : Heteroagresividad

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás motivos de ingreso de la subhipótesis 2

- Subhipótesis 4: Existe relación entre institucionalización y consumo de drogas

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 4 que indica la relación entre institucionalización del sujeto y consumo de drogas, ya que en nuestra muestra, observamos que existe relación entre la institucionalización y consumo, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos institucionalizados consumen más que los no institucionalizados

Institucionalizado (Institucionalizado)			
CONSUMO (CONSUMO)			
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col		1   2   Total	
-----+-----+-----+			
1		114   48   162	
		70.37   29.63	
		84.44   68.57	
-----+-----+-----+			
2		21   22   43	
		48.84   51.16	
		15.56   31.43	
-----+-----+-----+			
Total		135 70 205	
Estadísticos para la tabla de Institucionalizado por CONSUMO			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	7.0068	0.0081
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	6.7405	0.0094
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	6.0819	0.0137

Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	6.9726	0.0083
Coeficiente Phi		0.1849	
Coeficiente de contingencia		0.1818	
V de Cramer		0.1849	

Institucionalización 1 no y 2 si

Consumo de drogas: No 1 y si 2

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues, podemos afirmar que en base a la revisión realizada, aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se confirma la hipótesis 8, existiendo relación entre los TSM y la institucionalización.

Hp10.- ¿ Existe relación entre los diferentes TSM y la coordinación?

Para esta Hp10 únicamente se rechaza la hipótesis de nulidad, de nuestra muestra, y se confirma que existe relación para las siguientes subhipótesis :

- Subhipotesis1: Existe relación entre coordinación y diagnósticos

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 1 que indica la relación entre la coordinación con los centros de referencia y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre la coordinación y diagnóstico 1, Trastorno de la Conducta Alimentaria, TCA, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, la coordinación con los centros educativos de referencia se produce más frecuentemente con los sujetos diagnosticados de TCA, ya que este trastorno requiere más tiempo de hospitalización

Tabla de COOR por diag

COOR (COOR) diag1

Frecuencia			
Pct fila			
Pct col		0	1  Total
-----+-----+-----+			
1		53	11   64
		82.81	17.19
		29.12	47.83
-----+-----+-----+			
2		129	12   141
		91.49	8.51
		70.88	52.17
-----+-----+-----+			
Total		182	23 205

Estadísticos para la tabla de COOR por diag1

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	3.3272	0.0681
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	3.1296	0.0769
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	2.5131	0.1129
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	3.3110	0.0688
Coeficiente Phi		-0.1274	
Coeficiente de contingencia		0.1264	
V de Cramer		-0.1274	

Coordinación 1 si y 2 no

Diagnostico 1: TCA Trastorno de la Conducta Alimentaria

Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás diagnósticos de la subhipótesis 1

- Subhipotesis3: Existe relación entre coordinación con los centros educativos de referencia y los días de asistencia al aula

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la subhipótesis 3 que indica la relación entre la coordinación con los centros de referencia y los días de asistencia al aula, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre la coordinación y los días de asistencia al aula, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, la coordinación con los centros educativos de referencia se produce siempre que el sujeto permanezca en el aula más de cinco días.

Tabla de COOR por días\_asist\_aula

COOR (COOR)		DIAS_asist_aula (DIAS asist aula)		
Frecuencia				
Pct fila				
Pct col	<=5	>5	Total	
1	14	50	64	
	21.88	78.13		
	12.28	54.95		
2	100	41	141	
	70.92	29.08		
	87.72	45.05		
Total	114	91	205	

Estadísticos para la tabla de COOR por DIAS\_asist\_aula

Estadístico	DF	Valor	Prob

Chi-cuadrado	1	42.8974	<.0001
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	44.3599	<.0001
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	40.9336	<.0001
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	42.6882	<.0001
Coeficiente Phi		-0.4574	
Coeficiente de contingencia		0.4160	
V de Cramer		-0.4574	

Gráfico : Coordinación 1 si y 2 no

Días de asistencia al Aula: <+5

Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.

Así pues podemos afirmar que en base a la revisión de datos realizada aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se acepta la hipótesis<sup>10</sup>, existiendo relación entre los TSM y la coordinación con los centros de referencia

Hp 11.- ¿Existe relación entre los diferentes motivos de ingreso y los diferentes diagnósticos?

Para la Hp11 se rechaza la hipótesis de nulidad, para nuestra muestra, se confirma que existe relación para las siguientes motivos de ingreso y diagnósticos :

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la hipótesis 11 que indica la relación entre los motivos de ingreso, y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el diagnóstico 1: Trastorno de la Conducta Alimentaria, TCA, y el motivo de ingreso 1, autoagresiones, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos diagnosticados con TCA, ingresan con menos frecuencia que otros diagnósticos por autoagresiones.

Tabla de diag1 por ingr1

diag1		ingr1		
Frecuencia				
Pct fila				
Pct col		0	1	Total
-----+-----+-----+				
0		105	77	182
		57.69	42.31	
		84.00	96.25	
-----+-----+-----+				
1		20	3	23
		86.96	13.04	
		16.00	3.75	
-----+-----+-----+				
Total		125	80	205

Estadísticos para la tabla de diag1 por ingr1

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	7.3490	0.0067
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	8.4389	0.0037
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	6.1706	0.0130
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	7.3131	0.0068
Coeficiente Phi		-0.1893	
Coeficiente de contingencia		0.1860	
V de Cramer		-0.1893	

Test exacto de Fisher

-----	
Celda (1,1) Frecuencia (F)	105
Alineado a la izquierda Pr <= F	0.0045
Alineado a la derecha Pr >= F	0.9992



Tabla de probabilidad (P)	0.0037
De dos caras Pr <= P	0.0062

Tamaño de la muestra = 205

### Motivo de ingreso 1: Autoagresiones

### Diagnostico 1: TCA: Trastorno de al Conducta Alimentaria

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la hipótesis 11 que indica la relación entre los motivos de ingreso, y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el diagnóstico 2: trastorno Psicóticos y el motivo de ingreso 3, autoagresión, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos diagnosticados con trastornos psicóticos ingresan con menor frecuencia por intento de suicidio que lo que lo hacen otros diagnósticos.

Tabla de diag2 por ingr3

diag2	ingr3		
Frecuencia	0	1	Total
Pct fila			
Pct col			
	0	1	Total
0	106	47	153
	69.28	30.72	
	70.67	85.45	
1	44	8	52
	84.62	15.38	
	29.33	14.55	

-----+-----+-----+			
Total	150	55	205
Estadísticos para la tabla de diag2 por ingr3			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.6486	0.0311
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	5.0362	0.0248
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.9003	0.0483
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.6260	0.0315
Coeficiente Phi		-0.1506	
Coeficiente de contingencia		0.1489	
V de Cramer		-0.1506	

### Motivo de ingreso 3: Intento de suicidio

#### Diagnóstico 2: TPs Trastorno psicótico

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la hipótesis 11 que indica la relación entre los motivos de ingreso, y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el diagnóstico 3: Trastorno Afectivo y el motivo de ingreso 3, intentos de suicidio, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos diagnosticados con trastornos afectivos ingresan con más frecuencia por intento de suicidio.

Tabla de diag3 por ingr3

diag3	ingr3		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
0	108	27	135
	80.00	20.00	
	72.00	49.09	

-----+-----+-----+			
1	42	28	70
	60.00	40.00	
	28.00	50.91	
-----+-----+-----+			
Total	150	55	205

Estadísticos para la tabla de diag3 por ingr3

Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	9.3927	0.0022
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	9.1066	0.0025
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	8.4016	0.0037
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	9.3469	0.0022
Coeficiente Phi		0.2141	
Coeficiente de contingencia		0.2093	
V de Cramer		0.2141	

### Motivo de ingreso 3: Intento de suicidio

#### Diagnostico 3: TAF: Trastorno afectivo

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la hipótesis 11 que indica la relación entre los motivos de ingreso, y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el diagnóstico 2: Trastorno Psicóticos y el motivo de ingreso 4, diagnóstico diferencia, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos diagnosticados con Trastornos Psicóticos ingresan con frecuencia para diagnóstico diferencial.

Tabla de diag2 por ingr4

diag2	ingr4
-------	-------

Frecuencia			
Pct fila			
Pct col		0	1  Total
-----+-----+-----+			
0		149	4   153
		97.39	2.61
		76.02	44.44
-----+-----+-----+			
1		47	5   52
		90.38	9.62
		23.98	55.56
-----+-----+-----+			
Total		196	9 205
Estadísticos para la tabla de diag2 por ingr4			
Estadístico	DF	Valor	Prob
-----			
Chi-cuadrado	1	4.5318	0.0333
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	3.8944	0.0484
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	3.0174	0.0824
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	4.5097	0.0337
Coeficiente Phi		0.1487	
Coeficiente de contingencia		0.1471	
V de Cramer		0.1487	
Warning: 25% de las celdas tienen un conteo menor			
que 5. Puede que chi-cuadrado no sea un test válido.			

Motivo de ingreso 4: diagnóstico diferencial

Diagnostico 2: TPs: Trastorno psicótico

En este caso hemos acudido a un segundo nivel de análisis, ya que la muestra es muy pequeña para esta característica. Se confirma la hipótesis 11, y podemos inferir que si nuestra muestra fuera mayor para este valor, podría seguir confirmándose.

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la hipótesis 11 que indica la relación entre los motivos de ingreso, y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el diagnóstico 1: Trastorno de la Conducta Alimentaria y el motivo de ingreso 5, ajustar tratamiento, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos diagnosticados con TCA ingresan con más frecuencia para ajustar el tratamiento.

Tabla de diag1 por ingr5

diag1	ingr5		
Frecuencia			
Pct fila			
Pct col	0	1	Total
-----+-----+-----+			
0	158	24	182
	86.81	13.19	
	95.18	61.54	
-----+-----+-----+			
1	8	15	23
	34.78	65.22	
	4.82	38.46	
-----+-----+-----+			
Total	166	39	205

Estadísticos para la tabla de diag1 por ingr5

Estadístico	DF	Valor	Prob
-------------	----	-------	------

```

-----
Chi-cuadrado                1      35.8837    <.0001
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud  1      27.8444    <.0001
Chi-cuadrado adj. de continuidad  1      32.5857    <.0001
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel  1      35.7087    <.0001
Coeficiente Phi                0.4184
Coeficiente de contingencia    0.3860
V de Cramer                  0.4184

Warning: 25% de las celdas tienen un conteo menor
que 5. Puede que chi-cuadrado no sea un test válido

```

### Motivo de ingreso 5: ajustar tratamiento

#### Diagnostico 1: TCA Trastorno conducta alimentaria

En este caso hemos acudido a un segundo nivel de análisis, ya que la muestra es muy pequeña para esta característica. Se confirma la hipótesis 11, y podemos inferir que si nuestra muestra fuera mayor para este valor, podría seguir confirmándose.

Se rechaza la hipótesis de nulidad y se confirma la hipótesis 11 que indica la relación entre los motivos de ingreso, y los diferentes diagnósticos, ya que en nuestra muestra observamos que existe relación entre el diagnóstico 3: Trastorno Afectivos y el motivo de ingreso 5, ajustar tratamiento, lo que confirma que existe relación entre estas variables. Es decir, los sujetos diagnosticados con TAF ingresan con poca frecuencia para ajustar el tratamiento.

Tabla de diag3 por ingr5

diag3		ingr5		
Frecuencia				
Pct fila				
Pct col	0	1	Total	
0	101	34	135	
	74.81	25.19		
	60.84	87.18		
1	65	5	70	
	92.86	7.14		
	39.16	12.82		
Total	166	39	205	

Estadísticos para la tabla de diag3 por ingr5

Estadístico	DF	Valor	Prob
Chi-cuadrado	1	9.7409	0.0018
Chi-cuadrado de ratio de verosimilitud	1	11.0944	0.0009
Chi-cuadrado adj. de continuidad	1	8.6049	0.0034
Chi-cuadrado Mantel-Haenszel	1	9.6934	0.0018
Coeficiente Phi		-0.2180	
Coeficiente de contingencia		0.2130	
V de Cramer		-0.2180	

Test exacto de Fisher

Celda (1,1) Frecuencia (F)	101
Alineado a la izquierda Pr <= F	9.957E-04
Alineado a la derecha Pr >= F	0.9998
Tabla de probabilidad (P)	7.905E-04
De dos caras Pr <= P	0.0014

Tamaño de la muestra = 205

Motivo de ingreso 5: ajustar tratamiento

Diagnóstico 3: TAF Trastorno afectivo

**Se acepta la hipótesis de nulidad para los demás motivos de ingreso de la hp11**

**Para el resto de las subhipótesis, se acepta la hipótesis de nulidad que podría modificarse en algunas subhipótesis, si se aumentase el tamaño de la muestra, puesto que, en algunos casos hay una tendencia en este sentido.**

Así pues podemos afirmar que en base a la revisión de datos realizada aceptando la hipótesis teórica inicialmente planteada, para nuestra muestra, se acepta la

hipótesis11, ya que existe relación entre los diferentes diagnósticos y motivos de ingresos. Esta relación se establece de manera significativa en algunos de ellos y los



		SEX		EDA	CURSO	TIP CENTRO		REP CUR		FILIA		FAMIL		MOTIVO					CONSUMO		INSTITU		DIAGNOSTICO							COORDINACIÓN					SEGUIMIENTO				
		H	M			PU	PRIV	SI	NO	B	A	NR	SP	1	2	3	4	5	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5	6	7	si					no				
SEXO	H													.0006													.0254	.0002											
	M														.0135								.0001			.0208													
EDAD	12									.0014																			.0026										
	15																																						
CURSO	C12									.0075				.0075		.0535							.0264																
	C34													.0801														.059											
	COTR																								.0129														
TIPO CENTRO	PU																						.0459																
	PRIV																										.0440												
REPITE CURSO	SI											.0045																											
	NO																																						
FILIA	B										.0262																												
	A															.0570																							
FAMIL	NR																																						
	SP																		.0331																				
MOTIVO	1																	.0204				.0067																	
	2																				.0451																		
	3																							.0311	.0022		.0806												
	4																							.0333															
	5																						.0001		.0018														
CONSUMO	SI															.0060												.0377											
	NO																																						
INSTITU	SI																	.0081								.0544													
	NO																																						
DIAGNOSTICO	1																																						
	2																																						
	3																																						
	4																					.0544																	
	5																																						
	6																																						
	7																																						
COORDINACIÓN	SI																																						
	NO																																						
SEGUIMIENTO																																							

diagnósticos. Podemos afirmar que para algunos diagnósticos como el TAF y el motivo de ingreso es relevante, así para nuestra muestra, los intentos de suicidio son más frecuentes en los sujetos que sufren trastorno afectivo.

En la tabla de la página anterior aparecen las correlaciones de las diferentes variables que se relacionan del estudio y, en las que aparece el tipo de correlación y el grado de significación 7.4.2.

### **Resultados encuesta satisfacción**

A continuación pasamos a reseñar los resultados obtenidos del último instrumento utilizado en la investigación, la encuesta de satisfacción:

Una vez analizados los resultados parciales de las diferentes hipótesis de nuestra muestra, vamos a analizar el grado de satisfacción que los adolescentes muestran con la actividad educativa recibida en el Aula en su periodo de hospitalización.

Como ya hemos advertido al hablar de los instrumentos de recogida de datos en el punto 7.3.6 de este capítulo, hemos utilizado una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria, para comprobar el grado de satisfacción como medida de calidad de la atención recibida por los pacientes-alumnos en actividad educativa.

Dado el carácter anónimo y voluntario de esta encuesta, se han recogido una muestra de 121 encuestas, que corresponden a las que han realizado voluntariamente:

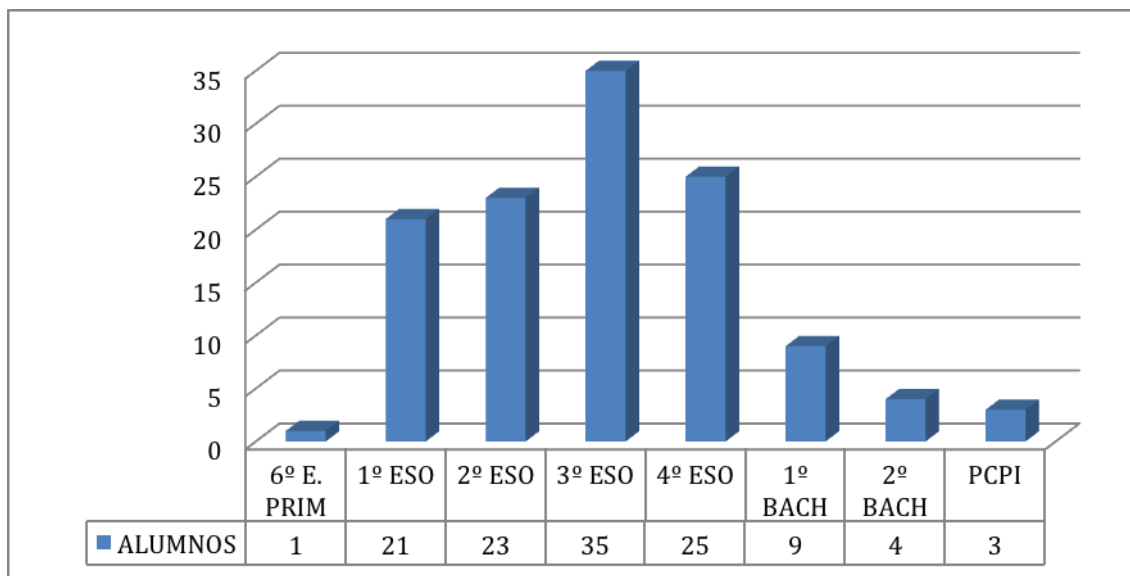


GRÁFICO 15: DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS POR CURSO

Como muestra el gráfico responden a la encuesta con mayor número los alumnos 3º de la ESO.

Las respuestas a las preguntas las analizamos a continuación:

PI¿ Te ha gustado la asistencia al Aula?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. En muestras pequeñas., nos da una idea mayor del nivel de respuesta. La respuesta se reparte así:

- Bastante el 48%
- Mucho el 44%
- Poco el 10%
- Nada el 0%

Observamos gran satisfacción con la asistencia al Aula.

Aunque en algunos casos los alumnos son absentistas, el Aula es el elemento normalizador de su estancia en el hospital y como hemos comentado en el capítulo 6 es de donde partimos para todo el proceso de recuperación, de su parte sana. De lo propio de su edad y su momento evolutivo.

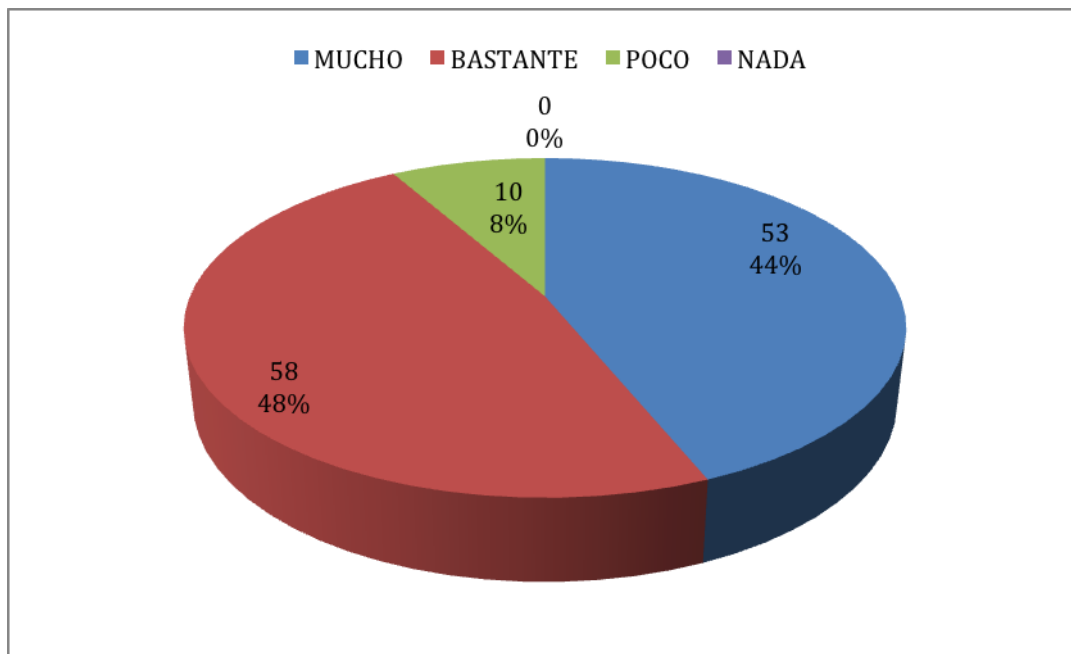


GRÁFICO 16:TE HA GUSTADO LA ASISTENCIA AL AULA.

P2¿ Crees que es suficiente el tiempo dedicado Aula?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. En muestras pequeñas., nos da una idea mayor del nivel de respuesta. La respuesta se reparte así:

- Bastante el 44%
- Mucho el 28%
- Poco el 22 %
- Nada el 6%

Observamos que el tiempo de trabajo escolar es suficiente, solo al 6% les parece poco.

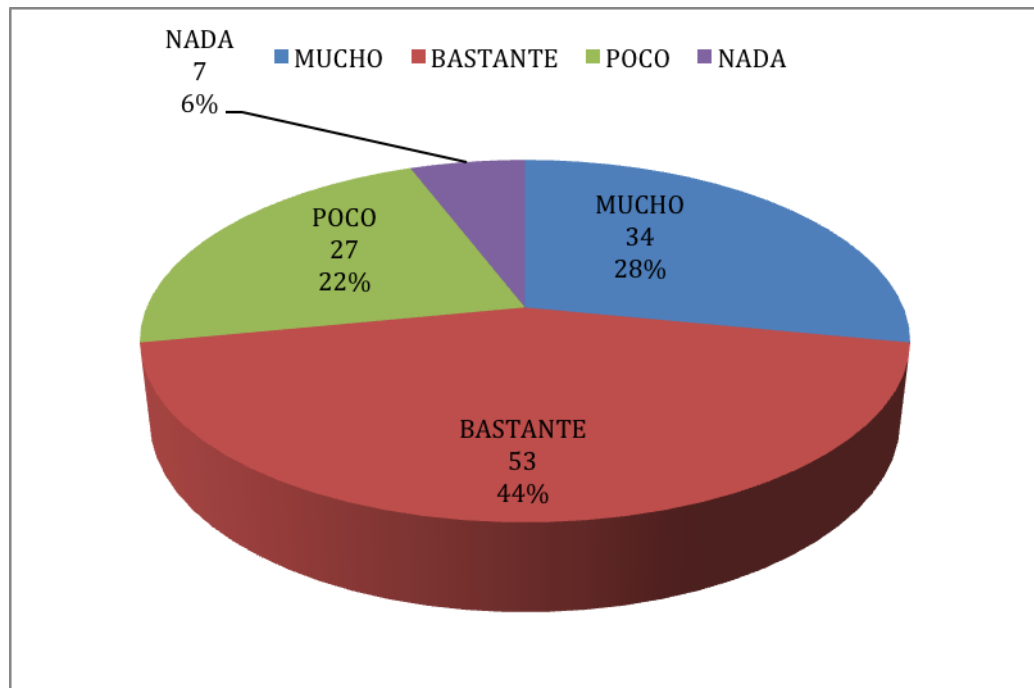


GRÁFICO 17:ES SUFICIENTE EL TIEMPO DEDICADO AL AULA

P3¿ El tiempo dedicado al Aula te ha ayudado a mejorar tus conocimientos?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Mucho el 41%
- Bastante el 39%
- Poco el 16%
- Nada el 4%

Observamos que el Aula es percibida como una ayuda para mejorar conocimientos.

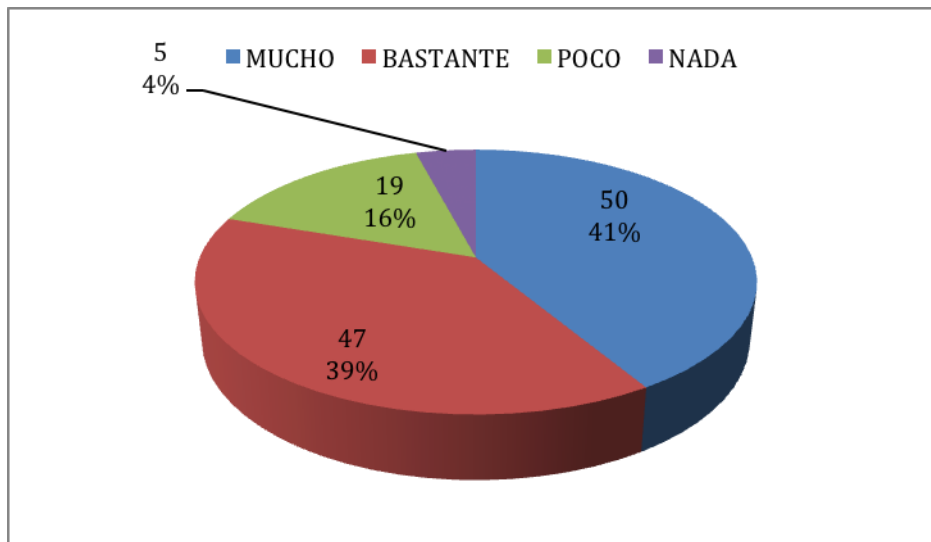


GRÁFICO 18:EL TIEMPO DEDICADO AL AULA TE HA AYUDADO A MEJORAR TUS CONOCIMIENTOS

P4 ¿ El tiempo dedicado al Aula te ha ayudado a relacionarte con tus compañeros?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Poco el 35%
- Bastante el 31%
- Mucho el 25%
- Nada el 11%

Observamos que el Aula no es el lugar de relación propio de los sujetos

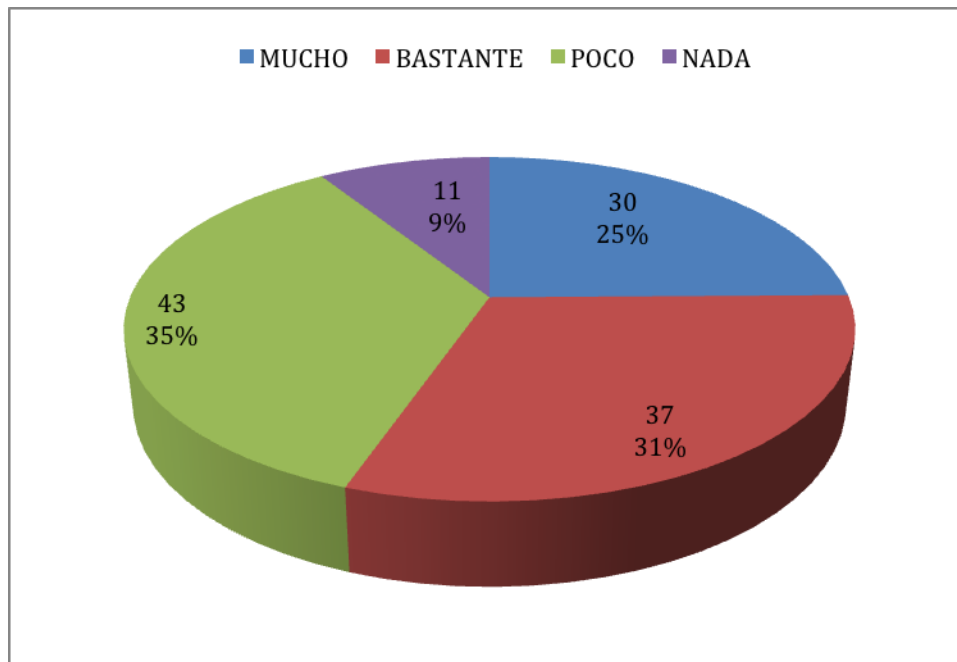


GRÁFICO 19: EL TIEMPO DEDICADO AL AULA TE HA AYUDADO A RELACIONARTE CON TUS COMPAÑEROS

P5 ¿ Crees que la asistencia al Aula te va a facilitar la incorporación a tu clase?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Bastante el 38%
- Mucho el 36%
- Poco el 18%
- Nada el 8%

Vemos que la respuesta se percibe como positiva en relación a la vuelta al centro

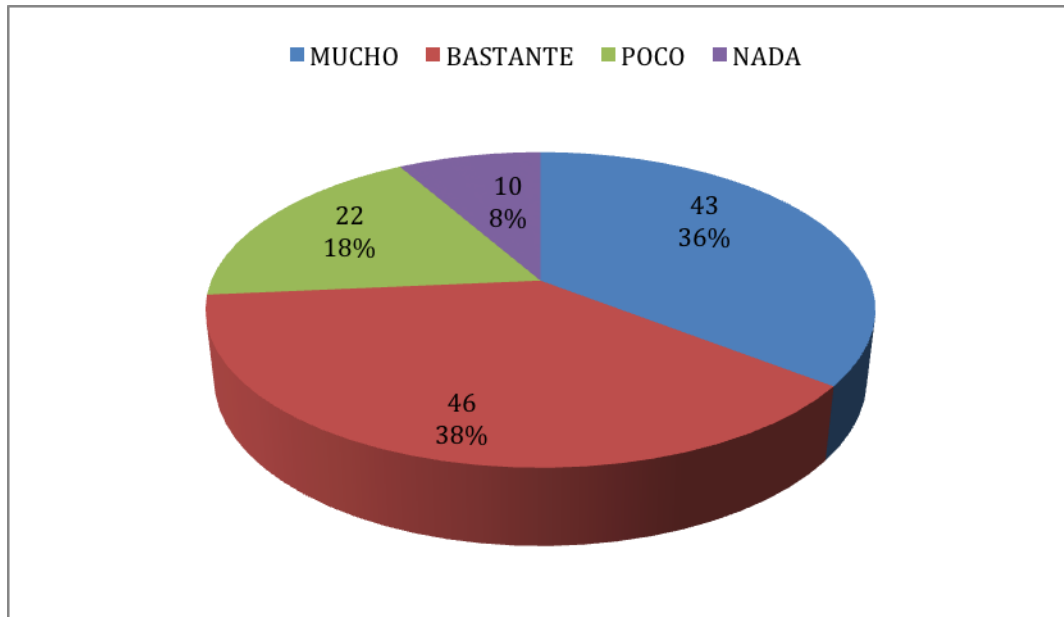


GRÁFICO 20: LA ASISTENCIA AL AULA FAVORECERÁ LA INCORPORACIÓN A SU CLASE

P6 ¿ El estar en al Aula te ha ayudado a mejorar tu estado?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Bastante el 35%
- Mucho el 40%
- Poco el 28%
- Nada el 4%

Observamos que se percibe la asistencia al aula como beneficiosa para mejorar el estado de salud.



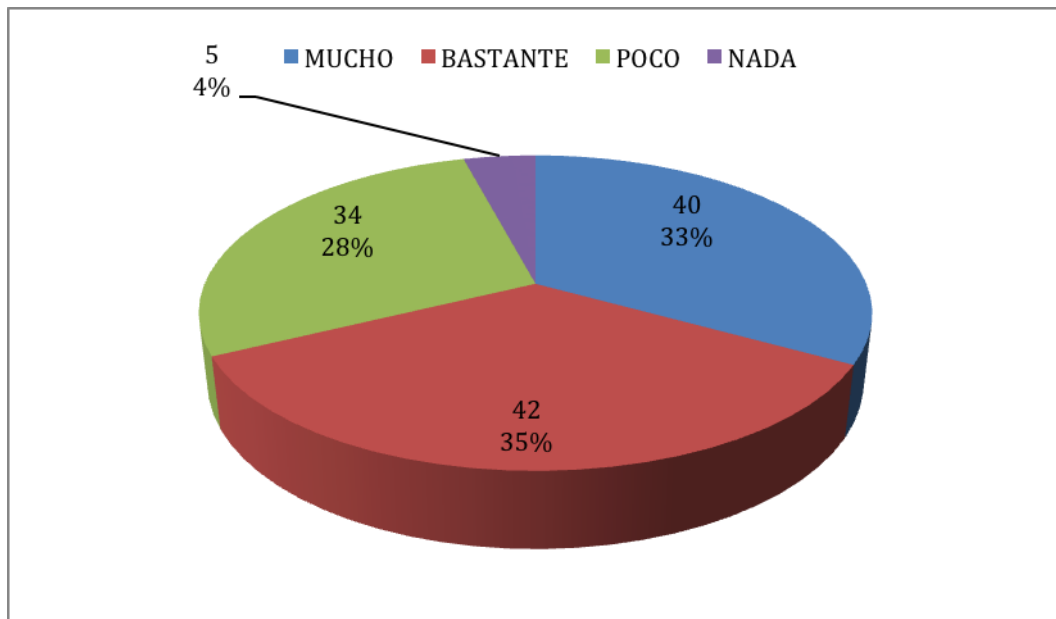


GRÁFICO 21: ESTAR EN EL AULA TE HA AYUDADO A MEJORAR TU ESTADO

P7 ¿ La enseñanza individualizada te ha ayudado en las actividades?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Mucho el 51%
- Bastante el 41%
- Poco el 8%

Observamos una respuesta clara a favor de la individualización

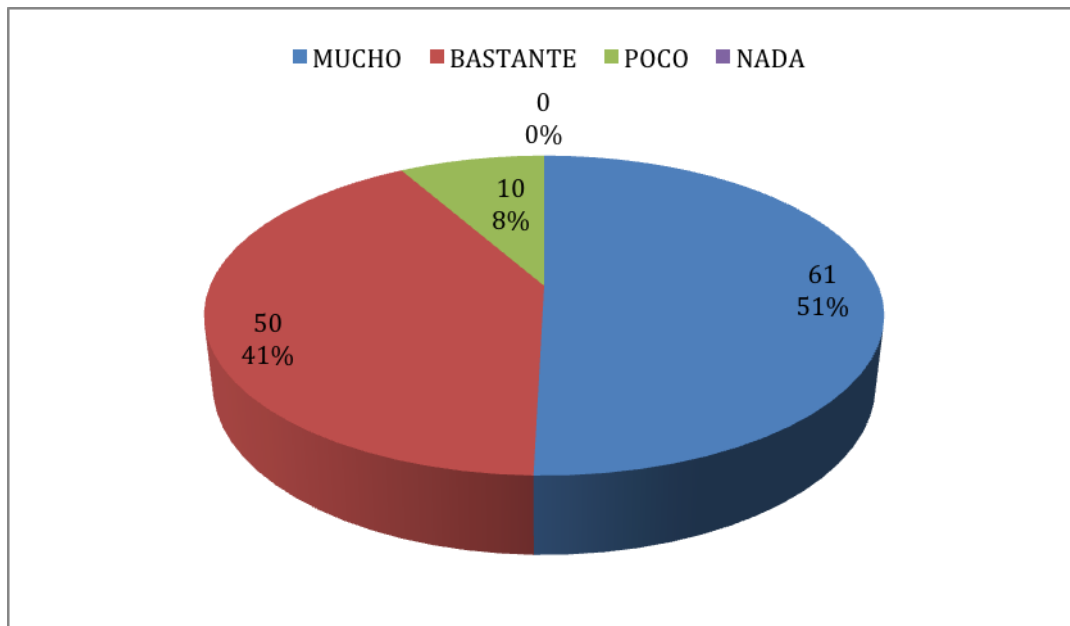


GRÁFICO 22: LA ENSEÑANZA INDIVIDUALIZADA TE HA AYUDADO EN LAS ACTIVIDADES

P8 Durante el tiempo de Aula ¿ has sentido que tus compañeros te han ayudado?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Poco el 32%
- Bastante el 24%
- Mucho el 29%
- Nada el 20%

Observamos que la ayuda que se prestan entre ellos en el Aula, se percibe como poco significativa

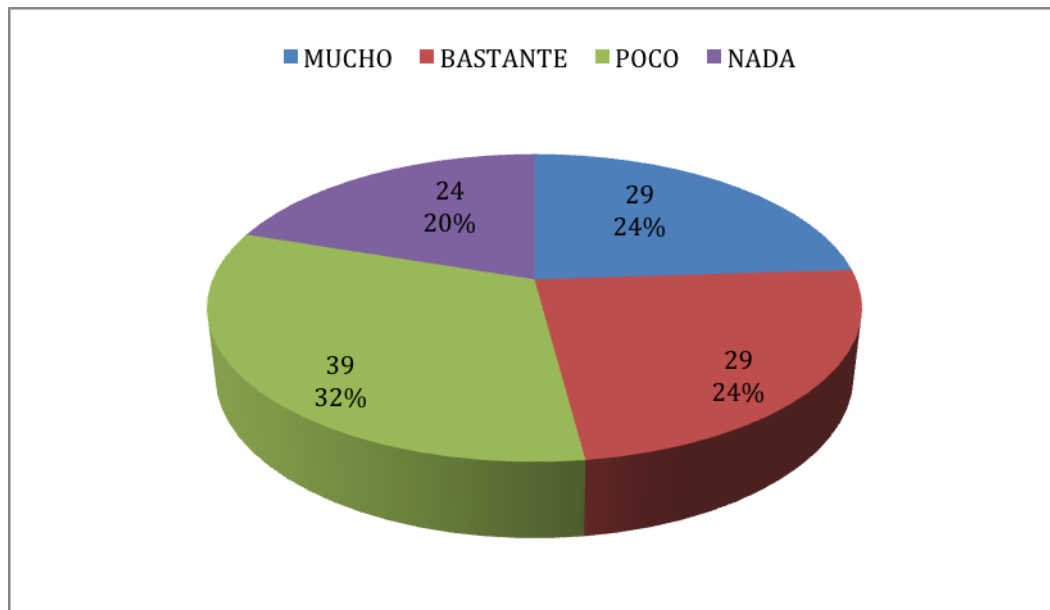


GRÁFICO 23: HAS SENTIDO QUE TUS COMPAÑEROS TE HAN AYUDADO EN EL AULA

P9 Durante el tiempo de Aula ¿has podido ayudar tus compañeros?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Poco el 32%
- Bastante el 24%
- Mucho el 24%
- Nada el 20%

Observamos que la ayuda que prestan ellos en el Aula a los demás, se percibe como poco significativa

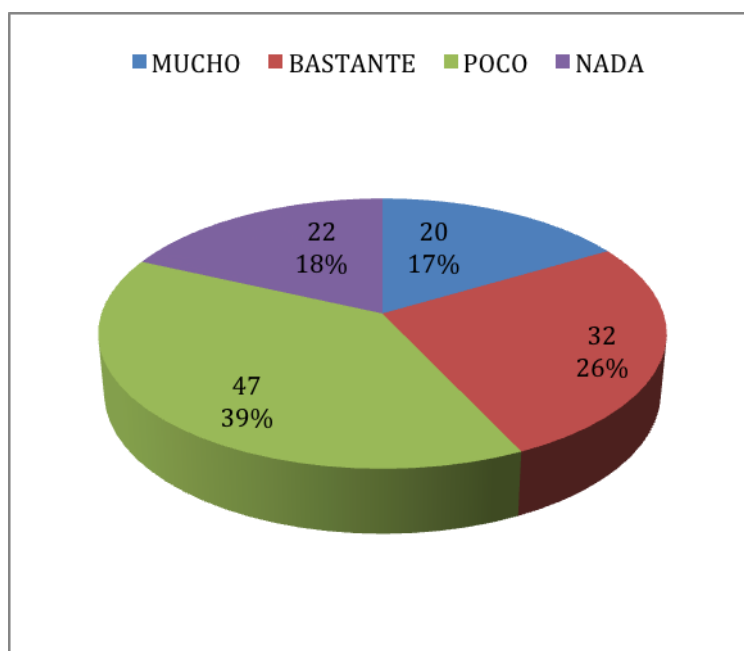


GRÁFICO 24: HAS PODIDO AYUDAR TUS COMPAÑEROS DURANTE EL TIEMPO DE AULA

P10 Durante el tiempo de Aula ¿ ha cambiado tu idea de continuar estudiando?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

- Nada el 38%
- Mucho el 28%
- Poco el 19%
- Bastante el 15%

Observamos que la idea de continuar estudios o no tras su paso por el Aula no se percibe como de gran influencia, ya que algunos alumnos en el Aula a los demás, se percibe como poco significativa

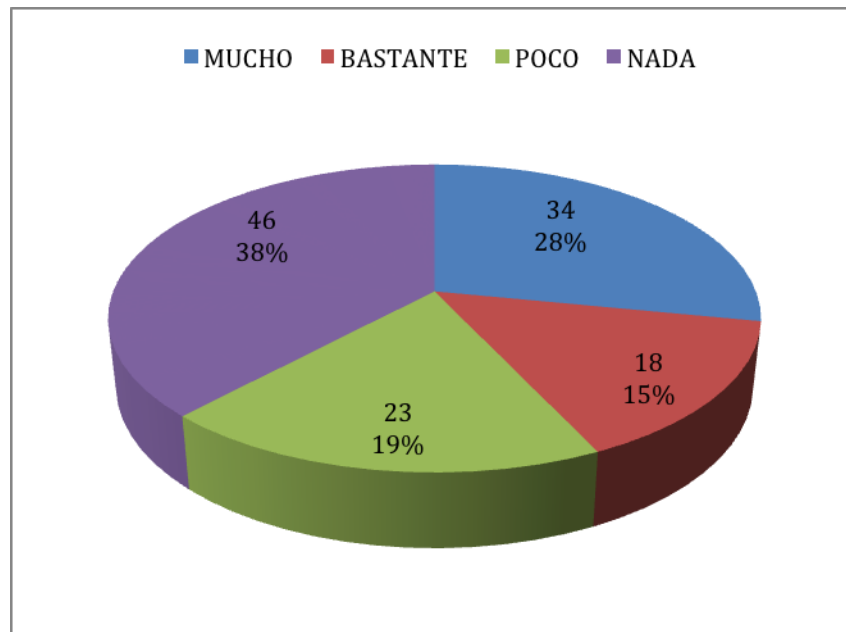


GRÁFICO 25:HA CAMBIADO TU IDEA DE CONTINUAR ESTUDIANDO

## P11 Valoración de la ayuda recibida por las profesoras

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte de la siguiente forma

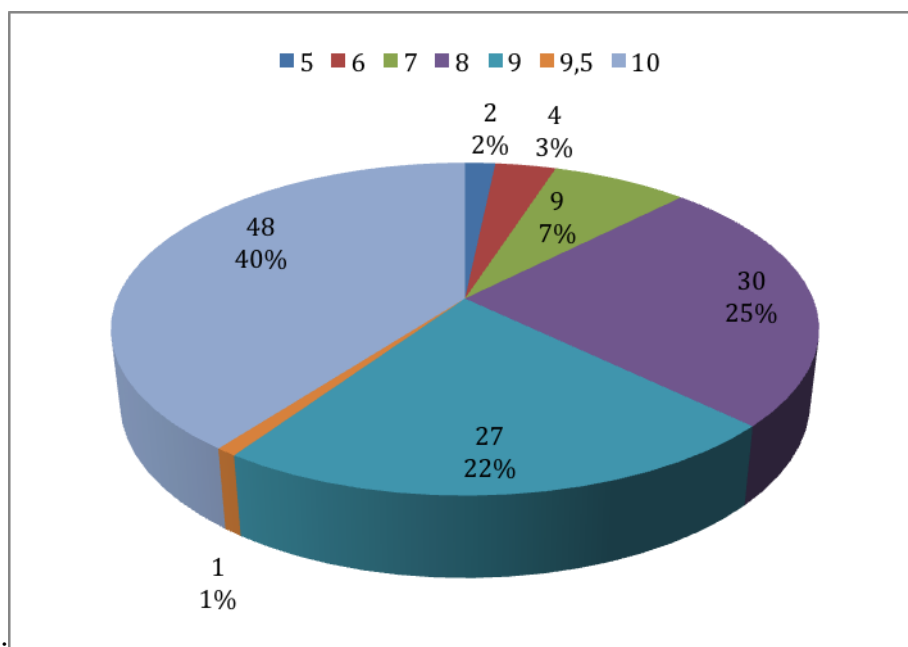


GRÁFICO 26:VALORACION AYUDA RECIBIDA POR LAS PROFESORAS

## P12 Valoración del trato recibido por las profesoras

La respuesta la vemos en el gráfico, donde además del porcentaje de respuesta aparece el número de sujetos que la responden. La respuesta se reparte así:

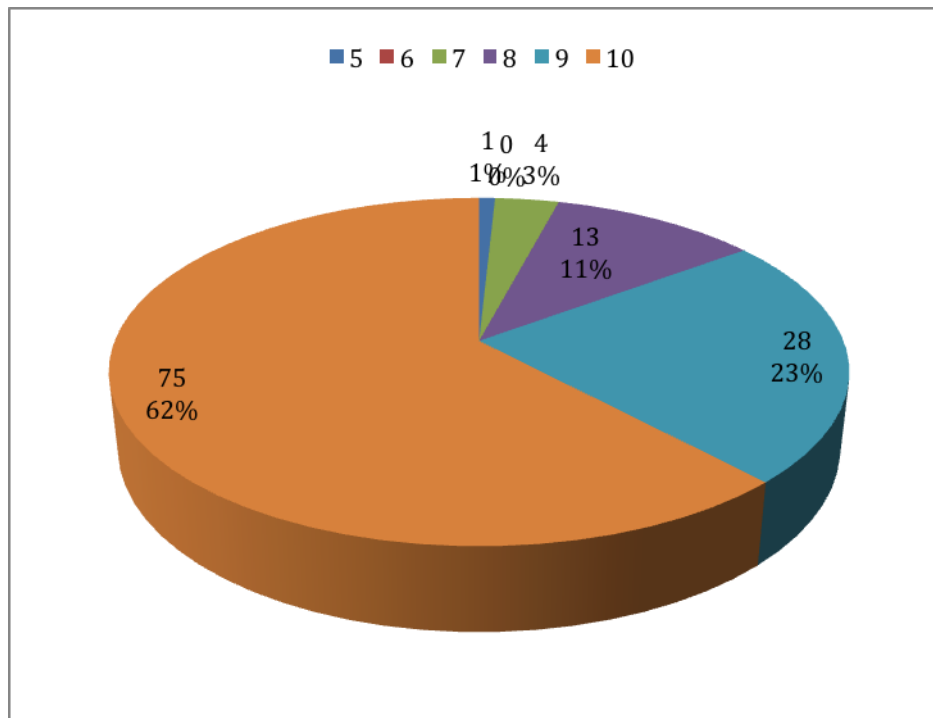


GRÁFICO 27: VALORACION DEL TRATO RECIBIDO POR LAS PROFESORAS

P13 ¿Has echado de menos algo durante tu asistencia al Aula?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde observamos el porcentaje de respuesta a la pregunta si han echado algo de menos o no. La respuesta se reparte así:

- Si han echado de menos algo un 60%
- No han echado de menos nada un 39%

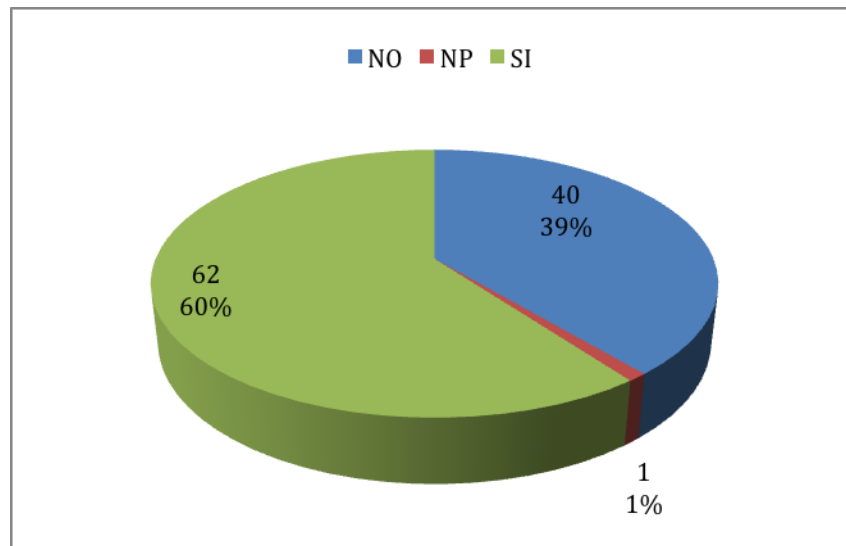


GRÁFICO 28: HAS ECHADO ALGO DE MENOS

Dentro del grupo que han echado algo de menos se han agrupado las respuestas quedando así:

- Familia

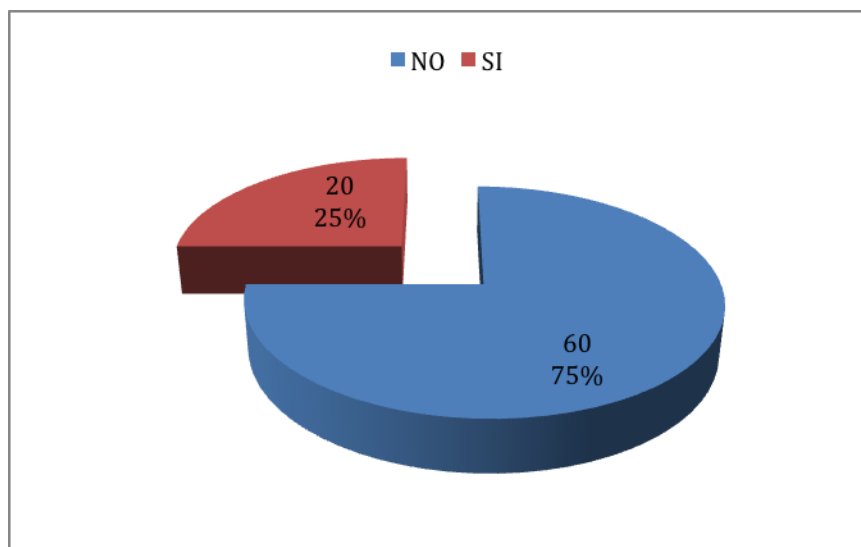


GRÁFICO 29:FAMILIA

- Amigos

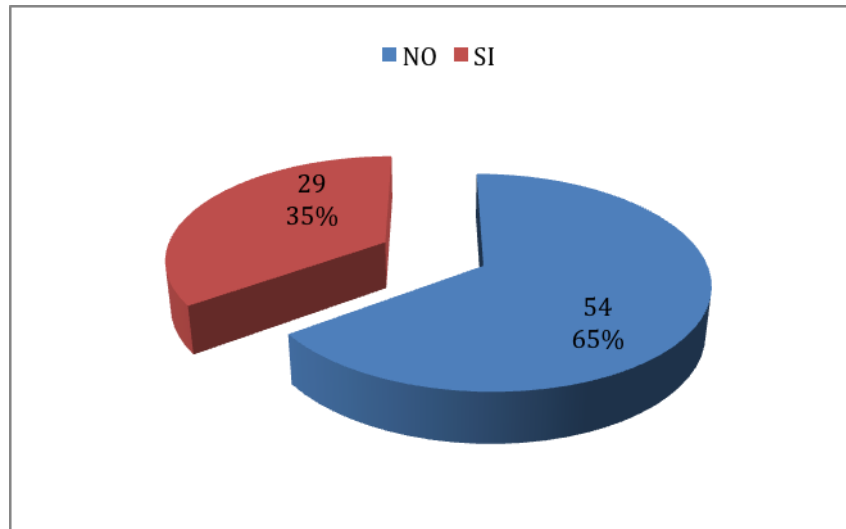


GRÁFICO 30:AMIGOS

- Profesores

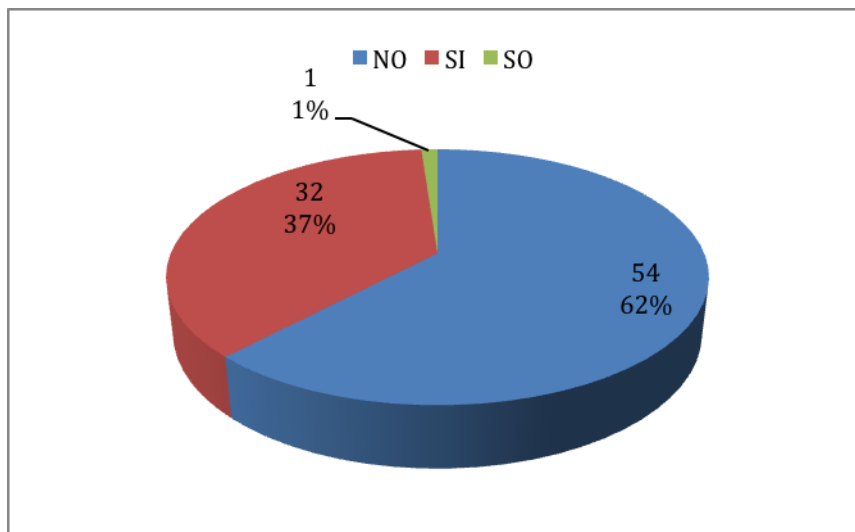


GRÁFICO 31: PROFESORES

- Otros



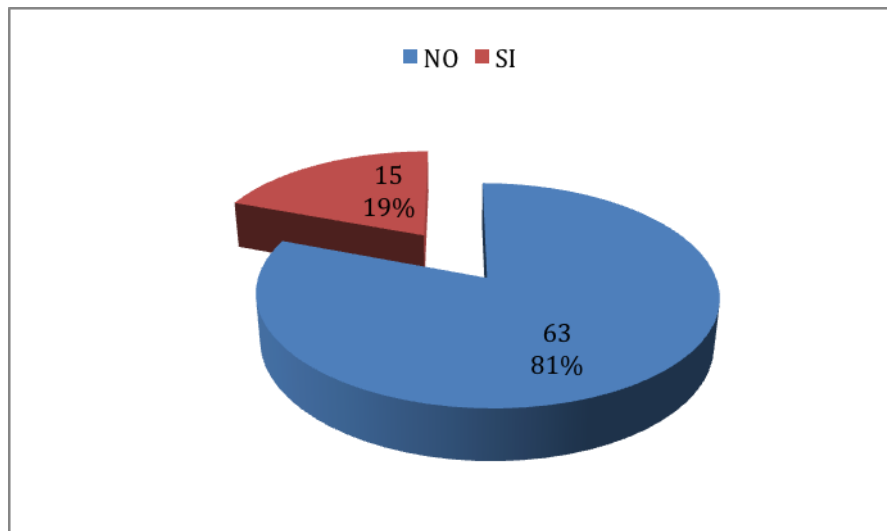


GRÁFICO 32: OTROS

#### P14 ¿ Qué trabajos más enriquecedores?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde observamos el porcentaje de respuesta a la pregunta si han echado algo de menos o no. La respuesta se reparte así:

- Si han encontrado algún trabajo enriquecedor el 62%
- No han encontrado ningún trabajo enriquecedor el 39%

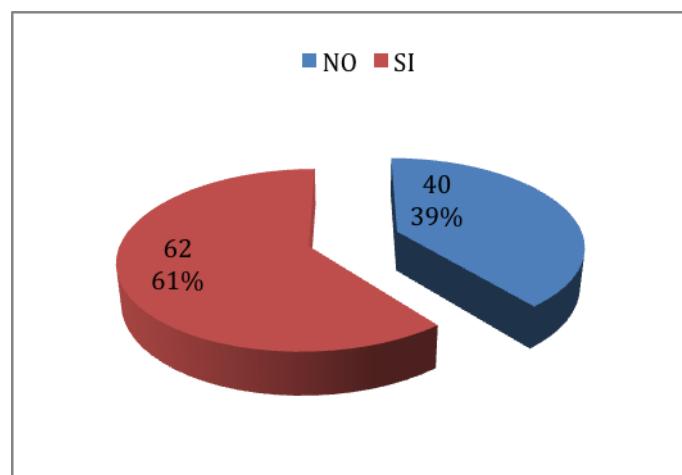


GRÁFICO 33: TRABAJO MÁS ENRIQUECEDORES

Dentro del grupo que respondió a trabajos enriquecedores para ellos de la muestra, se han agrupado las respuestas quedando así:

- Lengua

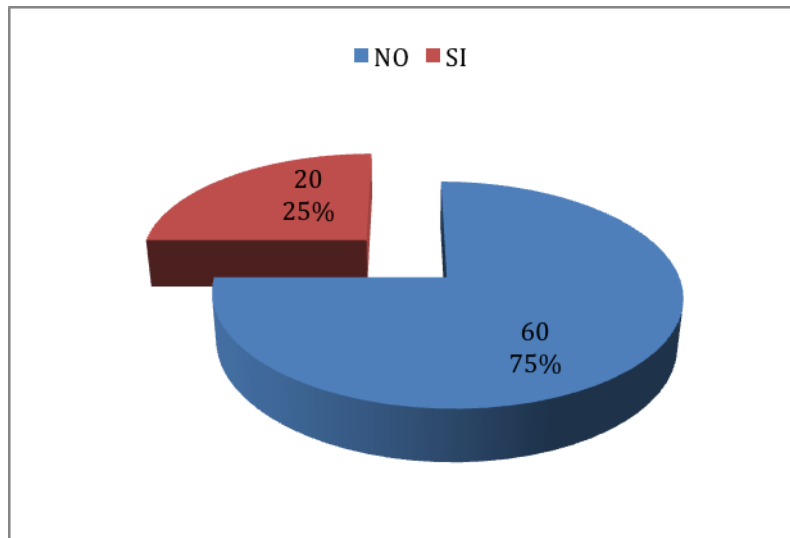


GRÁFICO 34: LENGUA

- Matemáticas

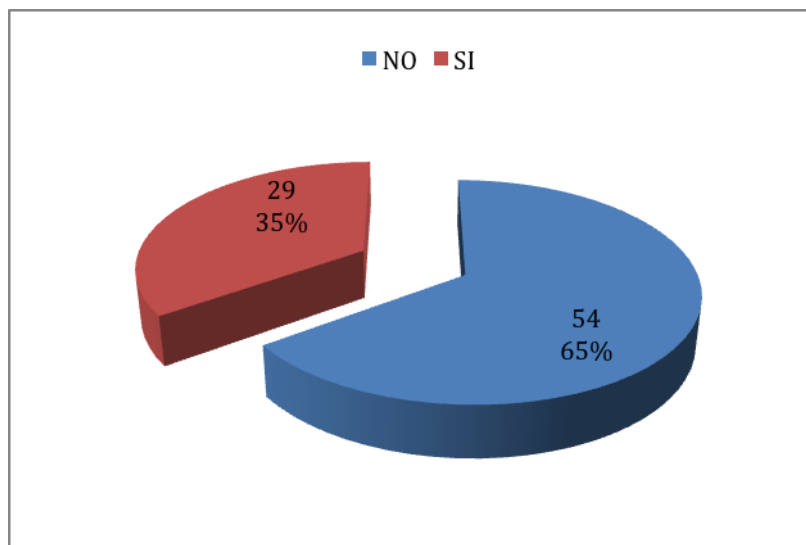


GRÁFICO 35: MATEMÁTICAS

TODOS

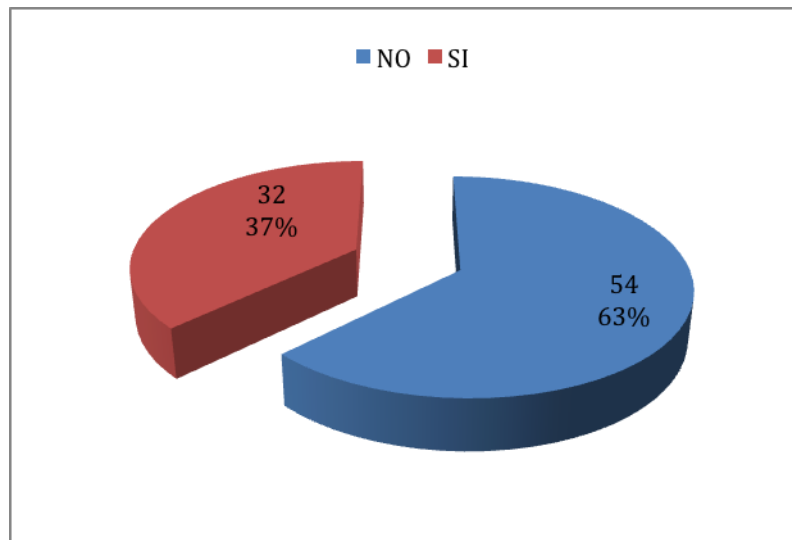


GRÁFICO 36: OTROS

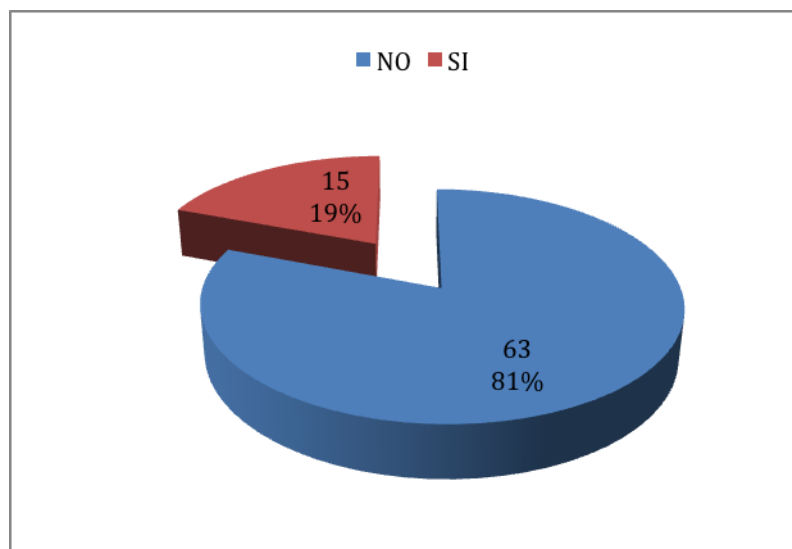


GRÁFICO 37: HAS ECHADO DE MENOS ALGO

P15 ¿ Qué crees que debemos mejorar?

La respuesta la vemos en el gráfico, donde observamos el porcentaje de respuesta a la pregunta si han echado algo de menos o no. La respuesta se reparte así:

- Si han encontrado algo mejorable el 62%
- No han encontrado nada mejorable el 39%

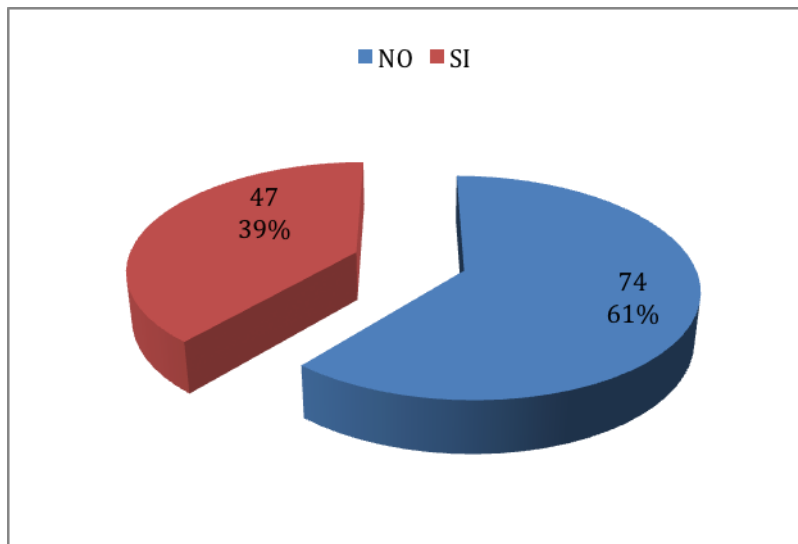


GRÁFICO 38: QUE DEBEMOS MEJORAR

Dentro del grupo que respondió a trabajos enriquecedores para ellos de la muestra, se han agrupado las respuestas quedando así:

- Más tiempo

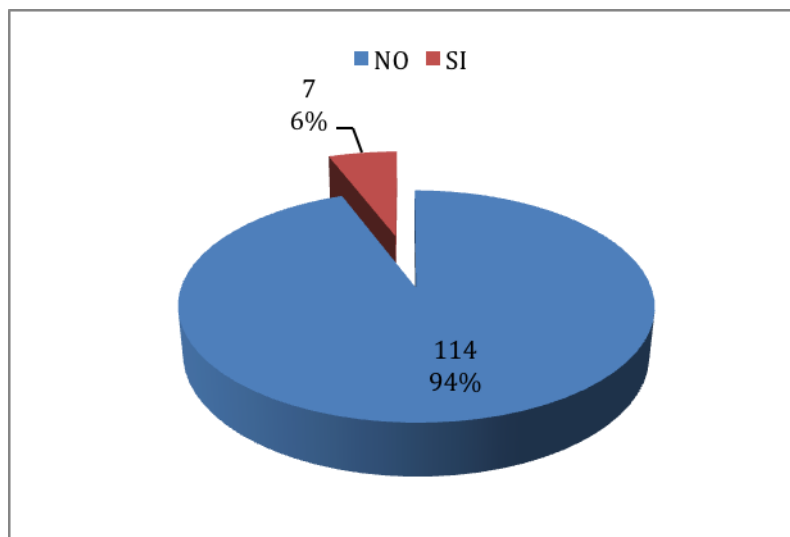


GRÁFICO 39: MAS TIEMPO

- Más materiales

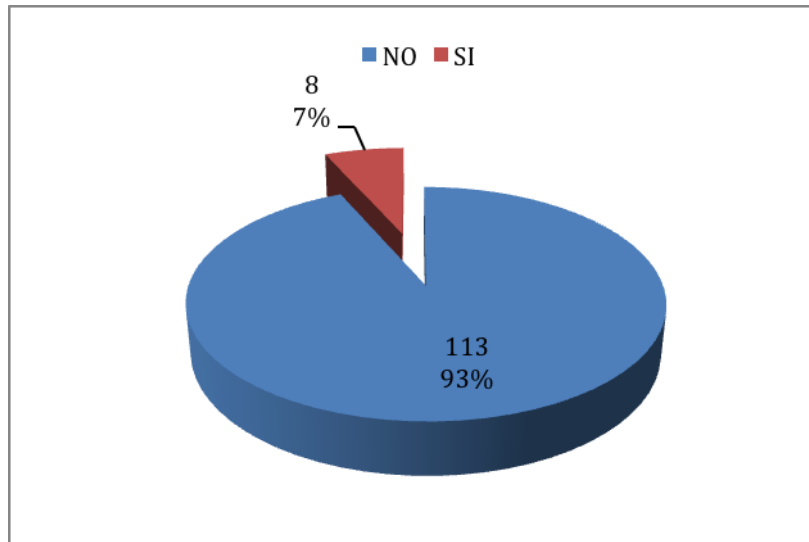


GRÁFICO 40: MÁS MATERIALES.

- Más materiales

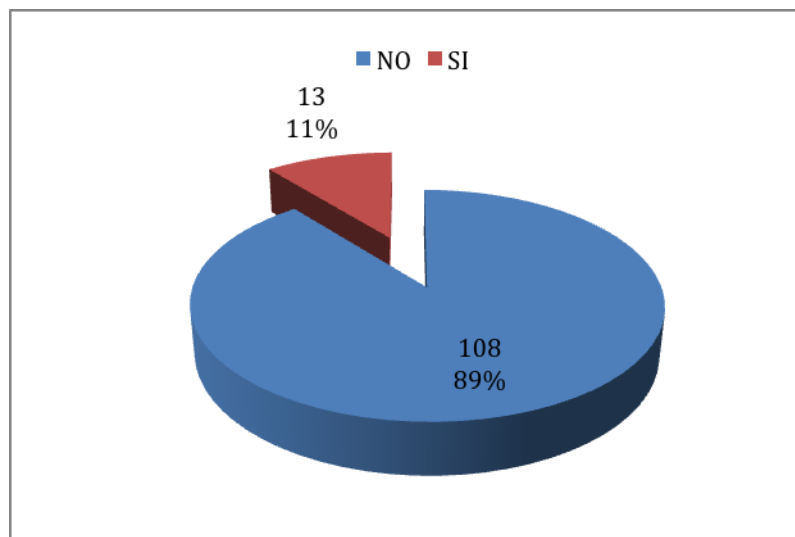


GRÁFICO 41: MÁS MATERIALES

- Todo muy bien

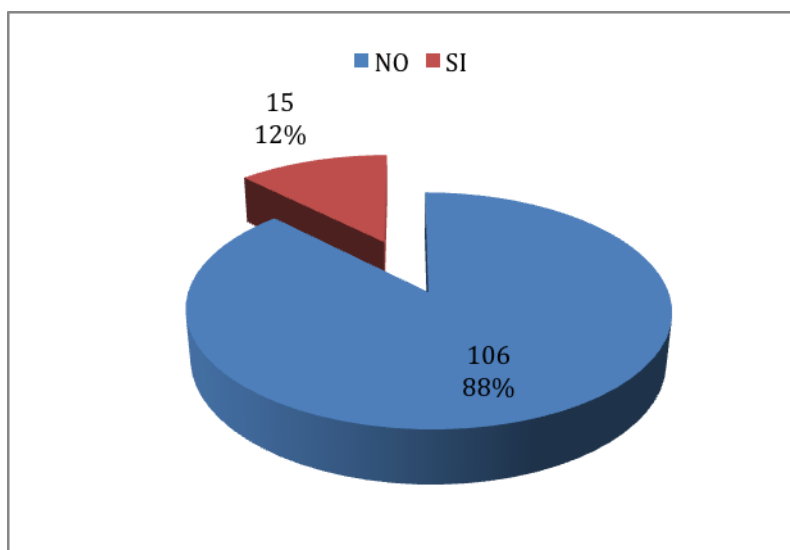


GRÁFICO 42: TODO MUY BIEN

#### 7.5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Una vez analizados los resultados parciales de las diferentes preguntas de la encuesta de satisfacción de nuestra muestra, de las que podemos extraer algunas consideraciones:

- Los alumnos que responden a la encuesta de forma mayoritaria son de 3º ESO
- La asistencia al aula les gusta, es el momento más normalizador de su estancia en el hospital y durante el tiempo de clase se olvidan, en cierta manera, de donde están y de su problema.
- El tiempo de Aula, lo consideran bastante, solo un grupo lo consideran poco, teniendo en cuenta la realidad educativa la respuesta correspondería a un grupo minoritaria para los que el Aula es el momento más normalizador.
- Se parte del nivel de competencia curricular los chicos, lo que facilita que disfruten con el aprendizaje porque se dan cuenta que saben muchas

cosas y pueden adquirir nuevos conocimientos, y se mejora su autoestima y motivación de eficacia.

- En el Aula se trabajan aspectos curriculares y la enseñanza es individualizada, por lo que las relaciones pueden favorecerse mejor en otros espacios y actividades.
- Mantener la actividad curricular es fundamental para la vuelta a los centros, sobre todo para aquellos chicos cuyo problemas afectivo o de relaciones tiene su raíz o expresión en el centro educativo.
- Respecto a la ayuda mutua, la relación es difícil y la ayuda la entienden personal ya que los aspectos curriculares los atienden las profesoras.
- En la respuesta de contar estudios no parece que la asistencia al Aula, les haya hecho cambiar de opinión de forma masiva, tal vez en cuanto a su actitud ante los estudios y sus capacidades para lograr el éxito escolar
- La valoración a las profesoras es notable en lo que se refiere al profesional y normas de clase, no así en cuanto ala trato que se valora de una forma muy buena.
- La respuesta de que echan de menos lo hacen con las familia, los profesores y lo amigos, pero con la misma intensidad parece observarse, la familia, los profesores y los amigos son la figura significativa a la que hacemos referencia a su necesidad en los mementos difíciles, la escuela por tanto se estima un pilar de resiliencia.
- Las actividades que más gustan se reparten de la misma manera con igual intensidad entre las trabajadas en el Aula que son las fundamentales.
- En cuanto a que debemos cambiar se reparten los deseos de cambio en la misma proporción, pidiendo más tiempo de Aula, a pesar que lo consideraron bastante y en la misma mediad que todo está bien.

Parece que la asistencia al Aula, es una actividad que les normaliza en la hospitalización, que hacen lo que sus compañeros están haciendo en la escuela en esos momentos y la perciben como ayuda para su crecimiento

---

### 7.5.3 .ANÁLISIS RESULTADOS

---

Una vez analizados los resultados parciales de las diferentes hipótesis de nuestra muestra, observamos que, en general, aparecen los TSM diferenciados por diferenciados por sexo. En algunos de ellos, el resultado no es estadísticamente significativo, pero sin embargo, están cercanos al p-valor, con lo que observamos una clara tendencia a su diferenciación.

- Observamos para nuestra muestra. un fuerte componente biológico ligado al sexo en determinados trastornos (TGD). Consideramos importante señalar las diferencias por sexo en los motivos de ingreso. En las chicas, el intento de suicidio, cuando existe asociado un TCA, es uno de los motivos de ingreso más frecuentes. Estos se asocian mayoritariamente con las chicas, con lo que se reafirma el componente cultural y social de este problema, así como la importancia de la escuela para prevenirlo.
- Por el contrario, en los chicos es la agresividad el motivo de ingreso más frecuente. En el caso del TDAH son los chicos, los que lo padecen con mayor frecuencia y es importante nuestra práctica por la posibilidad de hacer tanto una prevención como una detección e intervención precoz en estos problemas.
- Respecto al curso académico en el que más sujetos con TSM se encuentran escolarizados corresponde a 3º y 4º de ESO, en estos cursos, el diagnóstico más frecuente es el trastorno afectivo. Como motivo de ingreso más frecuente en nuestra muestra para el grupo de 3º y 4º es la heteroagresividad.
- En los cursos 1º y 2º de ESO encontramos una fuerte relación con el TCA, lo que puede indicar que este trastorno es cada vez más frecuente en edades tempranas, llevando como hemos dicho una gran carga social y cultural. Desde nuestra práctica podemos realizar actuaciones que prevengan y detecten situaciones y conductas anorexígenas desde la escuela primaria.
- En cuanto a la repetición de curso, una gran mayoría de sujetos de nuestra muestra ha repetido en algún momento de su escolaridad, hemos visto una relación muy significativa entre la repetición de curso del sujeto y la familia



separada, lo que nos hace pensar como este hecho es un factor de riesgo importante para los adolescentes, ya que esta ruptura ha supuesto un momento de inestabilidad familiar, que se deja sentir en su rendimiento y en su vida. La ruptura también supone cambios en la vida familiar que afectan a los adolescentes, pues además de la superación de una pérdida, los recursos económicos y la vida social sufre un gran cambio que puede afectar al rendimiento académico y a la repetición de curso. La repetición de curso se vive desde el contexto social como un fracaso, minando la autoestima y la consideración social de los adolescentes.

- Nuestra muestra está integrada por sujetos diagnosticados de algún trastorno de salud mental y como sabemos, estos problemas suponen importantes alteraciones en la vida personal y escolar el alumno, ya que afectan a su rendimiento académico y a su vida escolar en general, provocando en algunos casos, situaciones de desarraigo escolar y absentismo, ya sea debido a la psicopatología que les afecta o por el tratamiento a seguir. Esta vivencia de enfermedad hace que los adolescentes se sientan una carga para su familia, se sientan rechazados por el grupo de iguales, lo que afecta a su sentido de pertenencia e integración social.
- Observamos que las características del medio familiar son fundamentales para el desarrollo normal de los adolescentes. En nuestro trabajo la familia se perfila como un factor importante en la problemática de los adolescentes. Encontramos el mayor número de sujetos con TSM en familias separadas, y esta situación familiar de ruptura, los adolescentes la viven como fracaso, tanto si la ruptura es reciente como si se ha producido con anterioridad. Si ya el hecho supone para los menores una pérdida, las condiciones de separación y los vínculos afectivos juegan un importante papel en la aceptación y continuidad de una nueva forma de vida, que afecta a su rendimiento escolar, relacional y situación económica.
- Como vemos las características del medio familiar son fundamentales para el desarrollo normal de los adolescentes, ya que, a pesar de las dificultades, las familias se preocupan y quieren ayudar a sus hijos, aunque estos necesitan un cuidado, una atención, afecto y paciencia especiales, unos niveles de contención familiar adecuados a cada enfermedad y unas relaciones equilibradas, pero no

siempre parecen estar dispuestas a intentarlo y asumir esas necesidades, no siempre pueden o son capaces de hacerlo ya que las condiciones económicas, sociales y culturales juegan un papel extraordinario en la posibilidad de conseguirlo.

- Los TSM también están asociados a estilos de vida peligrosos, a un escaso autocuidado y al consumo de drogas que aumentan los riesgos de la propia enfermedad. En nuestra muestra hemos observado que el consumo de drogas es bastante significativo, siendo este un factor de riesgo en si mismo para el desarrollo de los adolescentes, este aumenta de forma alarmante cuando el consumo lleva asociada una patología.
- Es importante destacar que, en nuestra muestra, el número de hijos adoptados que sufren TSM es elevado, son adolescentes que aunque hayan sido adoptados en edades tempranas, han tenido que superar dificultades de vinculación. De estos adolescentes, se desconocen sus antecedentes biológicos, su vinculación afectiva y su sufrimiento previo a la adopción. Observamos que los alumnos adoptados de nuestra muestra, se encuentran en el rango de edad, 12-14 años, edad en la que se inicia la adolescencia, etapa de reafirmación de si mismos de la búsqueda de su identidad y de las relaciones.
- El motivo de ingreso que se relaciona con la condición de ser hijo adoptado observamos en nuestra muestra es el ajustar tratamiento, esto nos hace pensar que ya tienen un diagnóstico previo, y que por alguna causa se ha abandonado o no se lleva a cabo con el cuidado que requiere, y necesitan un ingreso hospitalario para reajustarse, lo que supone una vez más a abandonar la rutina, los estudios y la vida normal de un adolescente. Su condición de adoptado, ya les presupone una dificultad afectiva desde el nacimiento, la huella dejada por ese amor no correspondido en la infancia parece manifestarse en la adolescencia.
- Este motivo de ingreso de ajuste de tratamiento, es frecuente entre las chicas con TCA, que en ocasiones necesitan un ingreso al haber tenido alguna recaída y volver a revisar su autocuidado para seguir adelante. Este grupo de población, aunque les supone una falta de asistencia a los centros educativos, son capaces de adaptarse de nuevo para la vuelta a la vida escolar, porque su nivel de exigencia es muy alto y son capaces de recuperar las actividad curricular en

breve tiempo, si su enfermedad aun les permite conservar la relación con iguales.

- Un grupo nada despreciable de nuestra muestra tiene alguna medida de protección, por lo que están siendo cuidados por instituciones y residen en diferentes centros de acogida. Esto ya supone un factor de riesgo, pues ha existido alguna razón por la cual ha sido necesario dejar la casa ya una situación de dificultad en si misma, sumada a las dificultades que plantea la enfermedad.
- La institucionalización en nuestra muestra, guarda una estrecha relación con los trastornos afectivos, lo que podemos asociar a la separación del núcleo familiar y la necesidad de vinculación afectiva fuerte.
- También hemos encontrado entre los adolescentes institucionalizados una significativa relación con la heteroagresividad como motivo de ingreso, lo que nos hace pensar en una situación de dificultad en estos adolescentes para las relaciones sociales y de desvinculación familiar.
- Relacionado con el consumo de drogas se encuentra también la institucionalización de los adolescentes, de nuestra muestra, de manera que los menores se encuentran separados del núcleo familiar y bajo una medida de protección ya les sitúa ya en un suceso anterior, que les ha obligado a suspender la convivencia, siendo protegido de algo y estando a la vez expuesto a otras dificultades.
- El tipo de centro al que acuden los adolescentes de la muestra los sitúan mayoritariamente en la escuela pública. Esto no significa que los problemas de salud mental solo lo sufren aquellos que asisten a la escuela pública, pero si es cierto al menos para nuestra muestra es la escuela pública, la que escolariza más alumnos de estas características en sus aulas. Esta población supone para los centros, la necesidad de recursos adecuados para poderprestarles la atención, cuidado y comprensión que estos alumnos necesitan en los centros.
- También hemos observado en nuestra muestra, una relación significativa de la heteroagresividad como motivo de ingreso, para toda la etapa de ESO, lo que nos hace pensar que es una etapa de gran vulnerabilidad para los chicos, donde no encuentran respuesta a la resolución de problemas y resuelven sus conflictos

a través de la violencia. La heteroagresividad va dirigida contra objetos y personas, lo que conlleva un desgaste importante para las personas que lo sufren, tanto en la familia como en los centros educativos.

- La autoagresividad es el motivo de ingreso más frecuente, éste no guarda una estrecha relación con alguno de los diagnósticos de los adolescentes de nuestra muestra lo que parece confirmarse como una conducta general que puede afectar a los sujetos, independientemente de su trastorno.
- Los intentos de suicidio como para otras investigaciones es la segunda causa de ingreso para nuestra muestra. Un número elevado de sujetos ha hecho al menos un ingreso hospitalario por este motivo. Se ha relacionado significativamente con los trastornos afectivos, lo cual indica una gran vulnerabilidad de la población adolescente, pues aunque no hemos recogido los motivos en este estudio, la experiencia nos muestra, la imposibilidad de resolver conflictos, bien por estar relacionados con las relaciones afectivas, como con los conflictos familiares y escolares.
- La coordinación con los centros educativos esta en relación con el número de días de asistencia al aula hospitalaria, que se sitúa en una media 12 días, pero queremos constatar que solo es una media, ya que existen casos muy frecuentes cuyo ingreso se resuelve fácilmente y hay casos muy persistentes que alargan la estancia y se hace necesaria la coordinación, como es el caso de los ingresos por TCA.
- La coordinación se establece principalmente con los orientadores de los departamentos de orientación de los centros y en ningún caso, les es ajena la problemática de los adolescentes en los centros, ya que casi todos los diagnósticos llevan asociado un componente conductual que se externaliza en los centros educativos, e incluso en ocasiones es confundido e incompendido.
- La coordinación se ha establecido para nuestra muestra principalmente con los DOs, desde donde los psicólogos, pedagogos y Trabajadores sociales, han seguido y mantenido la actividad curricular de los alumnos hospitalizados a través de la comunicación continua con el profesorado del Aula, para poder orientar y ayudar no solo a los alumnos, también a sus familias.

- Tras su ingreso y su paso por el Aula, la mayoría de los alumnos de la muestra vuelven a sus centros de referencia, otro grupo a instituciones sanitarias más restrictivas, con atención educativa como son los CET-HD. En ocasiones, la vuelta a sus actividades escolares, interrumpidas es preparada desde el Aula El absentismo, es en muchos casos motivado por la propia enfermedad. Cuando la vuelta a la actividad escolar es afrontada por los alumnos con esperanza y confiando en si mismos y en sus capacidades como una nueva oportunidad de vuelta a la normalidad de sus vidas, se convierte la escuela en un factor protector.
- Estos resultados muestran que son los alumnos de 15 y 16 años los que con mayor frecuencia padecen los TSM. Queremos destacar el componente evolutivo de los TSM, que en ocasiones se manifiestan en esta edad, pero ya están latentes durante un tiempo atrás sin lograr entender comportamientos y motivos o vías de solución a los problemas que les van surgiendo en los centros educativos y que pueden confundirse con problemas conductuales. Otras veces las dificultades se presentan en una primera vez y es en ese momento de la adolescencia cuando surgen.
- Asimismo, los adolescentes escolarizados en 3º y 4º ESO son los que más dificultades tienen, pues se encuentran, son los momentos críticos de la adolescencia y han de resolver sus hitos, para lo que necesitan tener unos vínculos fuertes y ser sostenidos por adultos comprensivos y significativos para ellos que les ayuden a salir airoso de las dificultades.

# BLOQUE IV: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

---



## CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

---

### 8.1. CONCLUSIONES

---

La educación es el instrumento básico que hace posible la construcción de la personalidad, desarrolla las capacidades, conforma la propia identidad y configura la realidad de los sujetos, es un medio para transmitir valores y la herramienta imprescindible para romper el círculo de la desigualdad, la pobreza, la exclusión, la invisibilidad, el riesgo y por tanto, de la violencia.

En esta investigación, hemos querido conocer las características de los alumnos hospitalizados, aquellos factores de protección y de riesgo que pueden incidir en su desarrollo y aquellos aspectos de la resiliencia que pueden constituirse como factores de protección para que a través de la intervención psicopedagógica en el Aula , favorecer la mejora de la resiliencia.

Igualmente, hemos podido comprobar, como algunas características de los adolescentes, sus motivos de ingreso, sus hábitos de salud y la resolución de sus problemas les coloca en una situación de vulnerabilidad, autoestima no se encuentra muy alta, su motivación de eficacia no parece estar en su mejor momento, las relaciones afectivas están muy resentidas y las actividades escolares les colocan en dificultades.

Como conclusiones de nuestro trabajo sobre la realidad de los TSM en los adolescentes y su relación con otras variables planteadas para conocer algunas de las características de esta población , citamos las conclusiones más relevantes :

- La etapa de mayor vulnerabilidad para nuestra muestra son los 15 y 16 años, acumulándose para este rango de edad la mayor conflictiva.
- Comprobamos que el consumo de drogas en los adolescentes ingresados de nuestra muestra es elevado, lo que supone un factor de riesgo. El consumo afecta a su desarrollo físico e intelectual, provocando alteraciones en la percepción y en las emociones.



- La reafirmación de la personalidad conduce al adolescente a realizar acciones contrarias a las normas, en ocasiones, solo por la necesidad de ser aceptado en el grupo de iguales. El consumo de drogas es una de las conductas que se relaciona con la necesidad de pertenencia y aceptación en un grupo, pero también puede ser la base de un problema psicopatológico mayor que puede ocultarse tras esta conducta de consumo
- Hemos podido observar como la situación familiar es fundamental para el bienestar de los adolescentes. Hemos visto como las familias desestructuradas son el modelo familiar más frecuentes en los sujetos de nuestra muestra y como es donde los adolescentes sufren con más frecuencia trastornos relacionados con las emociones, poniéndoles en situación de vulnerabilidad. Se sienten más solos, echan de menos el apoyo de los padres, y se sienten incluso culpables de la ruptura familiar. Se sienten cuestionados al tener un conflicto de lealtades en los momentos en que los padres tratan de resolver sus conflictos, obligando a los menores a tomar decisiones de esta nueva situación.
- Los trastornos afectivos, son el diagnóstico más frecuente entre los adolescentes de nuestra muestra. Estos trastornos denotan unas grandes carencias afectivas, el sentirse querido y sostenido, son sentimientos necesarios para alcanzar su madurez y desarrollo
- La repetición de curso es un dato importante a tener en cuenta en nuestra práctica educativa, puede ser un síntoma de que algo no funciona bien en su entorno escolar o personal y a la vez una consecuencia de las situaciones de desamparo afectivo y emocional a los que están siendo sometidos. Algunos adolescentes viven la repetición de curso como un fracaso personal, con lo que esto supone para la autoestima y la eficacia
- Los intentos de suicidio se presenta un motivo de ingreso cada vez más frecuente, las chicas recurren a esta forma de resolución de conflictos con mayor frecuencia más que los chicos, estas ideas de muerte son en muchas ocasiones expresadas en el contexto escolar, por lo que es importante tener en cuenta desde la escuela la prevención. Las chicas tienden al aislamiento y los chicos más a la externalización por lo que se muestran más irritados, agresivos y con problemas de conducta que las chicas. El intento de suicidio es una situación dramática, que

pone al sujeto en un momento de vulnerabilidad especial y, en ocasiones, sin retorno.

- Es en la escuela donde los adolescentes expresan sus estados de ánimo o donde encuentran el lugar para la relación social, donde pueden comparar sus pensamientos e ideas con los otros y confrontar diferentes situaciones con el grupo de referencia, la asistencia a este contexto escolar es para muchos adolescentes un lugar protector, un espacio para el aprendizaje para darse cuenta de sus verdaderas capacidades y potencialidades, donde pueden encontrar un apoyo incondicional que no tienen en otros contextos.
- Todas estas circunstancias afectan al desarrollo de los adolescentes y a sus familias, a la autoestima, al autoconcepto y a la eficacia tanto personal como de grupo familiar, lo que puede dificultar la pronta mejora y recobrar el bienestar físico y emocional.
- Es necesario que los psicólogos, educadores, trabajadores sociales y demás profesionales de la salud comprendan cómo las personas responden positivamente a situaciones adversas y cómo debemos empezar a usar este conocimiento para potencializar las fortalezas de los individuos.
- Entendemos que fomentar la resiliencia es un elemento básico que se revela a partir de un trauma físico y/o psicológico, más o menos duradero y grave, repetido a veces y a raíz de situaciones difíciles, aprovechando la situación de enfermedad, para revelar la resiliencia que posee cada sujeto.

La escuela debe mejorar su relación y apoyo a las familias. Estas, en ocasiones, no saben ni conocen las características evolutivas que la adolescencia comporta ni tienen posibilidades de saberlas, por lo que es la escuela, el segundo nivel de socialización, la que debe proporcionar esos apoyos. para mejorar.

Las mismas familias se sienten vulnerables cuando sus hijos no siguen las normas y se sienten abrumados cuando se les acusa pero no se les ofrecen recursos y apoyos para intentar cambiar las situaciones.

Los adolescentes son vulnerables ante las dificultades, por lo que no podemos eliminarlas, pero si prevenir como afrontarlas, trabajando desde la promoción de la resiliencia.

Ya sabemos de la conflictividad de la etapa adolescente, pero también sabemos de su necesidad para crecer, pero este afrontamiento necesario ha de estar sustentado en la comprensión, la aceptación, el amor, el respeto y la confianza, que desde los planes de acción tutorial y otros programas podemos llevar a cabo en la escuela.

Reclamamos para la escuela la responsabilidad que le corresponde en la prevención, detección e intervención en estos casos de adolescentes con TSM, pero esta responsabilidad y esfuerzo exigido ha de estar compartido, como la propia LOE exige, para lograr estos objetivos de igualdad y equidad, la escuela debe proporcionar a todos los alumnos los medios para que esta equidad sea una realidad..

Para todo ello, la formación de sus profesionales, de calidad, es un elemento esencial en todo el proceso. Debe incluirse en los programas de estudios materias relativas a las necesidades de estos grupos sociales vulnerables y de riesgo, de los alumnos en situación de enfermedad, de la enfermedad mental con sus connotaciones de rechazo social y estigmatización a la que se encuentran sometidos estos adolescentes.

Conocer sus características, necesidades y problemas es el primer paso para poder afrontar la acción educativa con éxito. A los adolescentes les interesa su formación , pero se sienten decepcionados cuando no se reconocen sus esfuerzos y cuando sus conductas producto de su enfermedad son tomadas por otras diferentes, esa distinción nos corresponde a nosotros, pero no podemos hacerlo sin formación.

Nuestros adolescentes son un grupo social vulnerable y a la vez muy influenciable, en los que se fijan las campañas publicitarias, en los que el consumismo y el seguir una pautas sociales sin sentido crítico les viene bien para sus objetivos, la escuela ha de dotar a los adolescentes de sentido crítico a lo largo de su escolaridad, y como desde las competencias básicas, nos lo exige nuestro sistema educativo.

La escuela dispone de los EOPEs y los DOs, desde donde la orientación académica y profesional ha de estar considerada realmente en la importancia que se merece, conocer y estar bien formados para poder orientar y ayudar no solo a los alumnos, también a sus familias. Estos recursos han de potenciarse como un valor para poder atender a la diversidad de sujetos y necesidades a las que la escuela ha de dar respuesta.

Si se quiere lograr una prevención y asistencia eficaces, es esencial que exista una mayor conciencia pública sobre los problemas de salud mental y un respaldo social general a los adolescentes. La protección de la salud mental del adolescente comienza con las familias, la escuela y la propia sociedad.

Si se educa en materia de salud mental, es posible ayudar a que los adolescentes aumenten sus capacidades sociales, mejoren su aptitud para resolver problemas y ganen seguridad en sí mismos, lo que a su vez puede aliviar los problemas de salud mental si los padecen y evitar comportamientos de riesgo.

---

## 8.2. LIMITACIONES DEL TRABAJO

---

- Obviamente el trabajo se desarrollo en un contexto de pedagogía hospitalaria, es un contexto hostil y complejo que no permite desarrollar la intervención psicopedagógica como nos gustaría.
- No hemos podido establecer una comparación sobre modelos o pautas de intervención en otros centros hospitalarios, dada la complejidad de la población, las características de la enfermedad, y el contexto de salud mental en el que se desarrolla la actividad docente, pero sería interesante comprobar si estos resultados son similares en otras poblaciones y contextos.
- Esta Unidad es un centro de referencia único en toda la Comunidad de Madrid y no tenemos otros referentes para comprobar poblaciones e intervenciones educativas.

- No disponer de más tiempo para trabajar la promoción de la resiliencia, puesto que la actividad docente está supeditada a la necesidad sanitaria.

---

### 8.3. PROPUESTAS DE FUTURO

---

A raíz de nuestros resultados y fruto del trabajo realizado, proponemos las siguientes líneas de investigación que quedan abiertas y pendientes para llevar a cabo:

- Formación de profesionales acerca del concepto de resiliencia y a través de los trabajos sobre ella. Así como para trabajar con estos niños en contextos de vulnerabilidad, centros hospitalarios, apoyo domiciliario
- Análisis del concepto de resiliencia para aplicar a programas educativos
- Elaborar programas de sensibilización sobre resiliencia para profesionales
- Insistir en trabajos sobre la evitación de la estigmatización de los adolescentes aquejados de TSM
- Trabajar el papel decisivo del profesorado como tutores de resiliencia que ayudan a cada uno a crecer con sus propios dones.

---

#### 8.4.- NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACION

---

Consideramos que el contexto escolar y la intervención educativa son el medio idóneo para promover la salud, reducir riesgos y fortalecer la resiliencia, por lo que esta evidencia será motivo de análisis para otras investigaciones.

Abrir el campo de la promoción de la resiliencia, a otros campos profesionales, trabajando estrategias que favorezcan el desarrollo y fortalecimiento de los niños y adolescentes, incrementando los pilares que la fortalecen.

Como parte de este proyecto se contempla en un futuro próximo la aplicación de un programa de intervención para el fortalecimiento de la resiliencia en niños y adolescentes en contextos considerados de riesgo.

Iniciar estudios de población adoptada con TSM y su incidencia en algunos diagnósticos

Realizar un estudio con población adoptada ingresada con diagnóstico de TSM y su relación con la vinculación afectiva en edades muy tempranas

Como conclusión general, nuestra propuesta de intervención educativa debería incluir el reconocimiento y la consideración a los adolescentes, como protagonistas de su propio desarrollo, como sujetos capaces de pensar, discernir, decidir y su actuar a favor de su desarrollo y su salud.

En este sentido, tratar de promover conductas saludables en la escuela, pues la buena salud es esencial para un aprendizaje eficaz y la educación un medio para permitir a los niños y jóvenes alcanzar y mantener un alto nivel de bienestar.

A través de este trabajo también nos gustaría contribuir a la búsqueda de actitudes y métodos para la promoción de la resiliencia desde otros campos de estudios

Como resumen proponemos las actitudes a cultivar desde la escuela para promover la resiliencia, lo que sin duda nos pone en el camino para orientar nuestras prácticas profesionales favorecedoras de resiliencia.

Nosotros en nuestra actividad educativa en el Aula las hemos tenido en cuenta como premisas en cada acto didáctico y que resumimos en las proposiciones siguientes:

**Prevenir los riesgos:** Todas las actuaciones y programas de prevención o promoción de resiliencia deben estar orientadas a eliminar o limitar los riesgos y las amenazas para los niños y adolescentes. Es el papel que tienen las acciones de información, formación, sensibilización de desarrollo de competencias en los profesionales y en los menores para aprender a reconocer una situación de riesgo y a protegerse de ella.

**No hay invulnerabilidad:** No existe la invulnerabilidad, ningún programa de prevención o promoción tiene como objetivo llegar a suprimir los riesgos, aunque debemos trabajar la resiliencia e intentar paliar o disminuir sus efectos.

**Favorecer la resiliencia de una persona cercana:** Es construir gracias a un vínculo fuerte con otra persona, con apoyo de un amigo, de un familiar, de una red de conocidos.

**No hay fatalidad:** No hay determinismo absoluto. Frente a situaciones aparentemente sin esperanza, es muchas veces posible encontrar o construir el camino de la resiliencia. La prevención pretende favorecer en el niño las competencias que le permitan desarrollar una resiliencia.

**Cambiar de mirada:** Esto implicar incluir sistemáticamente en los datos de los niños y adolescentes las preguntas sobre los aspectos positivos de su desarrollo y de su salud. Es importante también un cambio de perspectiva en la percepción del riesgo, no dirigirnos a los menores como una víctima real o potencial, sino como una persona que tiene recursos para desarrollar su propia resiliencia y con capacidad para llegar a ser un recurso incluso para otros. Los trabajos sobre la resiliencia y las investigaciones están empezando, pero nos abren una puerta a la esperanza.

## **Conclusión final**

Las conclusiones de nuestro trabajo ponen de manifiesto la coincidencia de nuestras percepciones como profesionales y la realidad confirmada, a través de nuestro estudio.

Este hecho refuerza nuestra idea y nuestra voluntad de promover la resiliencia para estos adolescentes, como elemento básico, tanto en la prevención e intervención, en y para este tipo de problemas.

Este trabajo nos ha servido para crecer como personas y como profesionales a través de la interacción con los alumnos, y nos ha permitido reafirmarnos en la idea de que somos capaces de superar las adversidades, si contamos con personas en las que confiar y que confían en nosotros, que nos aman y somos amados por ellas.

Estamos convencidos de que la resiliencia es el modelo educativo desde el que podemos conseguir hacer de nuestros alumnos personas libres y felices, ese es nuestro deseo.



# BLOQUE V: BIBLIOGRAFIA

---

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1995) *Maltrato infantil*. Monográfico. *Infancia y Aprendizaje* nº 71
- AA.VV. (1997) *El futuro de la infancia en Europa*. Actas del Seminario Europeo: La protección de los niños y niñas y de sus familias. El papel de las ONG en la Unión europea. Funcoe. Rädda Barnen. Save the Children Fund.
- AA.VV. (2001) *Afectos, emociones y relaciones en la escuela: Análisis de situaciones cotidianas en educación infantil, primaria y secundaria*. Graó. Barcelona
- AA.VV. (2001) *Atención abuso sexual infantil*. Consejería de Sanidad. IMMF.Madrid.
- AA.VV. (2002). *Maltrato Infantil*: Monográfico. Tema del mes. *Cuadernos de Pedagogía* nº 309. Febrero 2002.
- AA.VV. (2003) *Emociones y educación*. Graó. Barcelona
- AA.VV. (2003) *V Jornadas sobre Infancia Maltratada en la Comunidad de Madrid. Ponencias*. Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid
- AA.VV. (2004) *VII Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada: Prevenir, un esfuerzo común. Ponencias*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid
- AA.VV. (2005) *Ámbito Educativo y Atención al Maltrato Infantil*. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. I.M.MF. Consejería de EducaciónMadrid.
- ABBOTT, G. (1938) *The child and the state*, vol 1 y 2, New York Press. Chicago
- ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato (1993). *Guía para la prevención del maltrato infantil*. Asociación Andaluza para la Atención de la Infancia y Prevención del Maltrato. Junta de Andalucía. Sevilla
- AICHHORN, A. (2006) *Juventud desamparada* Gedisa Barcelona
- AINSCOW, M. (2001) *Desarrollo de escuelas inclusivas: Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares*. Narcea. Madrid.
- AINSWORTH, M. et al (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale. Erlbaum. N.Jersey.
- ALBERDI, I. y ROJAS, L. (2005) *Violencia: Tolerancia cero*. Obra Social. Fundación “La Caixa”. Barcelona
- ALVIRA, R. (1998) *El lugar al que se vuelve. Reflexiones sobre la familia*. Eunsa Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona
- AMAR, J. J. (1996) *Calidad de vida y desarrollo infantil*. Fundación Bernard van Leer. La Haya
- AMAR, J. J. (2003) *Pobreza, resiliencia y aprendizaje infantil*. Universidad del Norte. Barranquilla.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995).-DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- AMORÓS, P. y AYERBE, P. (editores). (2000) *Intervención educativa en inadaptación social*. Síntesis Educación. DOE (9). Madrid
- ANDERSON, H. Y GOOLISHIAN, H. (1988) *Human systems as linguistic systems*. *Family Process*, 27. pp. 371-393
- ANTHONY, E.J. (1982) *Un nouveau domaine scientifique à explorer* en Anthony, E.J.; Chiland, C y Koupernik, C. *L'enfant vulnérable*. Pag 21-35. Presses Universitaires de France. Paris

- ANTHONY, E.J. (1987) *Risk, vulnerability, and resilience: An overview*, en Anthony, E.J. y Cohler, eds, *The invulnerable child*. Pag Guilford Press. Nueva York
- ANTONOSKY, A. (1979) *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass. San Francisco
- ANTONOSKY, A. (1987) *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass. San Francisco
- APPLE, M. W.y BEANE, J. A. (1997) *Escuelas democráticas*. Morata. Madrid
- ARANGO, S. et al (2003) *Lineamientos teóricos del acompañamiento psicosocial en desastres: una mirada desde la resiliencia*. Risaralda. Colombia.
- ARANGUREN, J. L. (1979) *Ética*. Alianza Universitaria. Madrid
- ARENDT, H. (1996) *La condición humana*. Paidós. Barcelona.
- ARIAS, M. (2000) *Educación ahora: rompamos el círculo de la pobreza*. Documentos Intermon. Barcelona
- ARIES, PH (1960) *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancient Régimen*. Plon.Nueva ed. Paris : ed. Du Seuil, 1973. traducción castellana: El niño y vida familiar en el Antiguo Régimen. Taurus, 1987. Madrid
- ARISTOTELES (1978) *Ética a Nicómaco*. Colección Austral. Madrid
- ARIZA C. et al. (2003) *Trends in tobacco, alcohol, and cannabis consumption among secondary school pupils in Barcelona, Spain 1987-1999*, Gaceta Sanitaria, 2003, May-Jun 173, pp. 190-195.
- ARNAL, J. y ARNAL, N. (1987). *Estudio de los resultados cuantitativos de una evaluación*. Barcelona: PPU.
- ARNAL, J.; del RINCÓN, D.; LATORRE, A. (1992) *Investigación educativa: fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor.
- ARRUABARRENA, M.I., y DE PAÚL, J. (1994) *Maltrato a los niños en la familia: Detección, notificación, investigación y evaluación*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid
- ARRUABARRENA, M.I., DE PAÚL, J., y TORRES, B. (1996) *El maltrato infantil: Evaluación y tratamiento*. Pirámide. Madrid.
- ASHNER, L. Y MEYERSON, M. (1999) *Los padres que aman demasiado*. Vergara. Barcelona
- AUBRY, J. (1955) *La carence de soins maternels*. Centro International de l'enfance. Travaux et Documnets VII.
- AVIA, M.D., VÁZQUEZ, C. (1998) *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Alianza Editorial. Madrid.
- BAJO, F., BETRÁN, J. L. (1998) *Breve historia de la infancia*. Temas de Hoy. Historia. Madrid.
- BANDURA, A. (1982) *The psychology of chance encounters and life paths*. *American Psychologist*, 37
- BANDURA, A. (1982) *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe. Madrid.
- BANDURA, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Nueva Jersey.
- BANDURA, A. (1987) *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Martínez-Roca. Barcelona

- BANDURA, A. (1987) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza. Madrid
- BANDURA, A. (1989) *Human agency insocil cognitive revisited*. *American Psychologist*, 44
- BANDURA, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman. Nueva York. (Trad. Esp.: Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual. Desclée Bouvier. Bilbao, 2004).
- BARUDY, J. (2000) *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Galdoc, Santiago de Chile
- BARUDY, J. (2001) *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós, Barcelona
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa. Barcelona.
- BARUDY, J. y MARQUEBREUCQ, A.P. (2006) *Hijas e hijos de madres resilientes traumas infantiles en situaciones extremas. Violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Gedisa. Barcelona
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2011) *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Gedisa. Barcelona
- BARTOLOMÉ, M. (1988). *Nuevas tendencias en los diseños de investigación en España*. En: DENDALUCE, I. (coord.). Aspectos metodológicos de la investigación educativa. Narcéa: Madrid.
- BARTONE, P.T. (2000) *Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War* en Violanti, J. M.;Patton, D. Y Dunning, D. (Eds) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Charles C. Thomas Publisher, LDT. Springfield, Illinois
- BATESON, G. (1977) *Esquizofrenia y doble vínculo*. Lohlé. Buenos Aires.
- BATESON, G. (1977) *Vers une écologie de l'esprit* Seuil. Paris. Edición castellana (1991) *Pasos hacia una ecología de la mente* Planeta Buenos Aires
- BATESON, G. et al (1980) *Interacción familiar*. Lohlé. Buenos Aires.
- BAUDRILLARD, J. y MORIN, E. (2004) *La violencia del mundo*. Paidos. Barcelona
- BAUMAN, Z. (2005) *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. F.C.E. (col Sociología) Madrid
- BAUMAN, Z. (2005) *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Paidós. Barcelona
- BAUMAN, Z. (2005) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Gedisa Barcelona
- BAUMAN, Z. (2006) *Modernidad Líquida*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires
- BAUMAN, Z. (2006) *Vida Líquida*. Paidós. Barcelona.
- BAUTISTA, R. (1991). *Servicios de apoyo a la escuela*. Aljibe: Málaga.
- BAZARRA, L., CASANOVA, O. y GARCIA, J. (2004) *Ser profesor y dirigir profesores en*

*tiempos de cambio*. Narcea. Madrid

BELSKY, J (1980) *Child maltreatment: An ecological integration*. *American Psychologist*, nº 35, pp. 320-335.

BENARD, B. (1991) *Fostering Resiliency in Kids: Pprotective Factors in the Family, School, and Community*. Wested Regional Educational Laboratory. San Francisco.

BENARD, B. (1996) *El fomento de la resiliencia en los niños*. ERIC Digest.

BENARD, B. (1999) *Applications of resilience: Possibilities and promise* en Glantz,M y Johnson,J.(eds) *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. Plenum Publishers. Nueva York

BETTELHEIM, B (1982) *Educación y vida moderna*. Crítica. Barcelona

BETTELHEIM, B (1999) *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Crítica. Barcelona

BICE (2003) *El niño en Europa. Manual formativo sobre promoción de la no violencia entre niños, niñas y adolescentes*. Vol I y II. Plataforma de Organizaciones de Infancia. Instituto Universitario de Necesidades y Derechos de la Infancia y la Adolescencia. (IUNDIA) Universidad Autónoma de Madrid. Madrid

BISQUERRA; R (1990) *Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo*. Boixareu Universitaria. Barcelona

BISQUERRA, R. ALZINA, R. (1987). *Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa*. PPU: Barcelona.

BISQUERRA, R. (1996). *Orígenes y desarrollo de la orientación psicopedagógica*. Madrid: Narcéa.

BISQUERRA, R. (2000). *Métodos de Investigación Educativa. Guía práctica*. Barcelona: CEAC Educación.

BLAKEMORE, S.J. y FRITH U. (2007) *Como aprende el cerebro. Las claves para la educación*. Ariel. Barcelona

BLAYA, C. (2002) *Elementos para la reflexión para un ambiente escolar positivo y más seguro: Los casos de Francia e Inglaterra*. En *Organización y gestión educativa*, 4, 12-20.

Block, J. y A. Kremen (1996). IQ and Ego-Resiliency. Conceptual and Empirical Connections and Separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 70, Nº 2.

BLUM, R. (1997) *Riesgo y Resiliencia. Conceptos básicos para el desarrollo de un programa*. En *Adolescencia Latinoamericana*; 1 pp16-19

BONANNO.G.A. (2004) *Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive extremely aversive events?* *American Psychologist*, 59 (1) pp, 20-28.

- BORRÁS, J.M. (1996) *Historia de la infancia en la España Contemporánea, 1984-1939*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- Fundación Germán Sánchez Rupérez. Madrid
- BOURNE, A. (2003). *Promoting resilience and self-esteem in primary school aged children. An evaluation of a community-based program*. Australian Journal of Psychology, Supplement 55, 2-5.
- BOURDIEU, P. (2002) *Pensamiento y acción*. Zorzal. Buenos Aires
- BOURDIEU, P. y PASERON, J.C. (1977) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Laia. Barcelona
- BOUVIER, P (2002) *La resiliencia, una mirada que abre horizontes*. III Informe Sias. Cambiando el punto de mira. Asociación Española de Pediatría.
- BOWLBY, J. (1972) *Cuidado maternal y amor*. Fondo de Cultura Económica. México.
- BOWLBY, J. (1976) *El vínculo afectivo*. Paidós. Buenos Aires
- BOWLBY, J. (1986) Comunicación para el 139 Congreso de la Asociación psiquiátrica estadounidense, Washington, 10-16 de mayo de 1986, traducido en "L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné", *Devenir*, número especial dedicado a John Bolwby, *L'Attachement*, vol.4, nº 4, 1992, p.21
- BOWLBY, J. (1988) *A secure base: Prent-child attachment and healthy human development*. Basic Book. Nueva York.
- BOWLBY, J. (1990) *La pérdida afectiva*. Paidos. Barcelona.
- BOWLBY, J. (1992) *Continuité et discontinuité: vulnérabilité et resilience*. *Devenir*, 4 pag 7-31
- BOWLBY, J. (1998) *El apego y la pérdida*. Paidos. Barcelona.
- BRAGADO, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid:F.U.E.
- BRAGADO, C., CARRASCO, I., SÁNCHEZ-BERNARDOS, M., BERSABE, R., LORIGA, A. Y MONSALVE, T. (1.995). *Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares*. *Clínica y Salud*, 6 (1), 67-82
- BRAMBRING, M.; LOSEL, F; y SKEWRONEK, H. (eds.) (1989) *Childen and risk: Assesment Longitudinal Research and Intervention*. Walter Gruyter. Neva York
- BRAZELTON, T.B. (1982) *Heart Start: The Emotional Foundations of School Readiness*. National Center for Clinical Infant Programs. Arlington. ( Ed cast: *Bebés y madres: el primer año de vida*. Emecé Editores. Buenos Aires, 1987)
- BRAZELTON, T.B. y CRAMER, B.G. (1990) *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Paidós. Barcelona.
- BRAZELTON, T.B. y GREENSPAN, S.I. (2005) *Las necesidades básicas de la infancia. Lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender*. Graó. Biblioteca de Infantil. Barcelona

- BRINGIOTTI, M. I. (2000) *La escuela ante los niños maltratados*. Paidós. Buenos Aires
- BRONFENBRENNER, U. (1985) *Contextos de crianza del niño*. *Infancia y aprendizaje* 29, 45-55.
- BRONFENBRENNER, U. (1987) *La ecología del desarrollo humano*. Paidós. Barcelona.
- BROOKFIELD, S. (1998) *Understanding and Facilitating Moral Learning in Adults*. En *Journal of Moral Education*. Vol. 27, 3 pp. 283-300.
- BROPHY, J. y GOOD, T (1974) *Teacher-student relationship*. Rinehart and Winston. Nueva York
- BRUNER. J. (1984) *Acción, pensamiento y lenguaje*. Alianza Psicología. Madrid
- BRUNER. J. (1991) *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Alianza. Madrid
- BRUNER, J. (1996) *Realidad mental y mundos posibles*. Gedisa. Barcelona.
- BRUNER, J (1996) *The culture of Education*. Cambridge Mass. Harvard University Press
- BRUNER, J. (1997) *La educación, puerta de la cultura*. Aprendizaje Visor. Madrid
- BRUNER, J. (1999) *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Gedisa. Barcelona
- BRUNNER, E. (1984) *Revelation and reason*. Stevens Book Press. Raleigh, NC
- BUSS, D. (2004 ) *La evolución del deseo*. Alianza Editorial. Madrid
- CABALLERO, Z. (2001) *Aulas de colores y sueños. La cotidianidad en las escuelas multiculturales*. Octaedro EUB. Barcelona.
- CALHOUN, L.G. Y TEDESCHI, R.G. (1999) *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. LEA. New Jersey.
- CAMPS, V. (2000) *Los valores de la educación*. Anaya Alauda. Madrid
- CANTÓN, J. Y CORTÉS, R. (1997) *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas consecuencias e intervención*. Siglo XXI. Madrid.
- CAPLAN (1993) en Edelbour, S.; Bense, R.T. y Bastien, D.T. (1993) *Ecological integrated model of children end war. Individual and social psychology*. *Child Abuse and Neglect*, 17 pp 805-819
- CARDOZO, G. (2005). *Adolescencia. Promoción de salud y resiliencia*. Córdoba, Argentina, Brujas.
- CARR, D. (2005) *El sentido de la educación: una introducción a la filosofía y a la teoría de la educación y de la enseñanza*. Graó. Barcelona

CARR, W. y KEMMIS, S. (1988) *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Martínez Roca. Barcelona

CARR, A.(2007) *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Paidós Psicología. Barcelona

CARROL Y SCHMITH (1992) *Child resilience and religion in relation to humour theory and practice*. en Soebstad, (1995) BICE. International Catholic Child Bureau. Ginebra Suiza

CASAS, F. (1998) *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Serie bienestar y calidad de vida. Paidós. Barcelona

CASADO, J. DÍAZ HUERTAS, J.A. Y MARTÍNEZ, M. C (Dir) (1997) *Niños maltratados*. Díaz de Santos. Madrid.

CASTEL, M. (1998) *La era de la información. Vol II: El poder de la identidad*. Alianza. Madrid

CEDERBLAD, M. y HANSSON,K. (1996) *Sense of coherence. A conceptinfluencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at risk group*. Israeli Journal of Medical Science, 32 pp 194-199

CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2000) *Violencia contra la mujer. Situación actual mundial*. Serie Documentos, vol 2

CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2002) *El maltrato infantil en la familia*. Serie Documentos, vol 4

CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2005) *Violencia, Mente y Cerebro. VII Seminario Internacional*.

CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2005) *Violencia y Escuela. IX Reunión Internacional sobre biología y sociología de la violencia*. Valencia

CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2007) *Foro Internacional Infancia y violencia*. Valencia

CHALITA, G. (2006) *Pedagogía del amor*. PPC. Madrid

CHRISTOPHERSON, J. (1992) *Sistemas europeos de tratamiento de los malos tratos a menores* en Stevenson. O. ( Comp) *La atención al niño maltratado*. Paidos. Barcelona

CICHETTI, D. y GARMEZY, N. (1993) *Prospects and promises en the study of resilience*. en *Development and adaptation*. New York: Wiley

CICCHETTI, D. y RIZLEY, R. (1981) *Developmental perspectives on the etiology, intergeneracional y transmission and sequelae of child maltreatment*. *New directions for child development*, 11, pp31-55

CICHETTI, D. y SROUFE, L.A. (2000) *The past as prologue to the future: The times they've been a changin* en *Development and Psychologi*y, 12, 3. Cambrigde University Press. Cambridge



- CIER (1997) *Concepto de resiliencia en proyectos sociales* Colección Salud Comunitaria, Serie Resiliencia, Universidad Nacional de Lanús. Fundación B. van Leer.
- CIRILO, S. y DI BLASIO, P. (1991) *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Paidós. Barcelona.
- CLARK, A. (1999) *Estar ahí. Cerebro, cuerpo y mundo en la nueva ciencia cognitiva*. Paidós. Barcelona.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1996) *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. Harper Collins. Nueva York
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1997) *Fluir (Flow): Una psicología de la felicidad*. Kairós. Barcelona
- COBO, I.; FRANCO, P.; y REVILLA, F. (2004) *Participación social de la infancia: algunas experiencias en la Comunidad de Madrid*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid
- CÓDIGO CIVIL. (1991) Editorial Tecnos, Madrid
- COHEN, L. & MANION L. (1990). *Métodos de investigación cualitativa*. Madrid: La Muralla.
- COHLER, B. (1987) *Adversity, resilience, and the study of lives*, en Anthony, E.J. y Cohler, eds, *The invulnerable child*. Guilford Press. Nueva York
- COHLER, B. (1991) *The life story and study of resilience, and response to adversity*, en *Journal of Narrative and Life History*, 1, pp 169-200
- COHLER, B. et al. (1995) *Adversity, vulnerability and Resilience: Cultural and Development Perspectives* en Cichetti, D. Cohen, D.J. et al. (Comps) *Development Psychology*. Vol 2. Risk, disorder and adaptation, pp753-800
- CONVENCIÓN DE NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (1989) Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.
- COLES, R. (1997) *The moral intelligence of children*. Random House. Nueva York
- COOK T., D. & REICHARDT CH., S. (1986). *Métodos cuantitativos y cualitativos en investigación evaluativa*. Madrid. Morata
- CYRULNIK, B. (1989) *Sous le signe du lien*. Hachette. Paris ( Trad. Cast *Bajo el signo del vínculo*. Gedisa. Barcelona, 2005)
- CYRULNIK, B. (1999) *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob. París.
- CYRULNIK, B. (2001) *La maravilla del dolor : el sentido de la resiliencia*. Granica.. Buenos Aires.
- CYRULNIK, B. (2002) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa. Barcelona.
- CYRULNIK, B. (2002) *El encantamiento del mundo*. Gedisa. Barcelona
- CYRULNIK, B. (2003) *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa. Barcelona
- CYRULNIK, B. et al. (2004) *El realismo de la esperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Gedisa. Barcelona
- CYRULNIK, B. (2005) *El amor que nos cura*. Gedisa. Barcelona
- CYRULNIK, B. y MORIN, E. (2005) *Diálogos sobre la naturaleza humana*. Paidós. Madrid

- CYRULNIK, B. (2007) *De cuerpo y alma*: Gedisa Barcelona
- DAMASIO, A. (1994) *El error de Descartes*. Crítica. Barcelona
- DAMASIO, A. (2001) *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la formación de la conciencia*. Debate. Madrid
- DAMASIO, A. (2005) *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Crítica. Barcelona
- DAY, C. (2006) *Pasión por enseñar. La identidad personal y profesional del docente y sus valores*. Narcea. Madrid
- DE MAUSE, LI. (1982) *Historia de la infancia*. Alianza. Madrid
- DE BONO, E. (2000) *Seis sombreros para pensar*. Granica. Barcelona
- DE PAÚL, J. (1988) *Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- DE PAÚL, J. Y ARRUABARRENA, M .I. (1990) *La investigación en el ámbito del maltrato infantil* en *Infancia y Sociedad* 2. pp 15 a 29. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid
- DE PAÚL, J. Y ARRUABARRENA, M .I. (1996) *Manual de protección infantil*. Masson. Barcelona.
- DE PAÚL, J. Y ARRUABARRENA, M .I. (1999) *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Pirámide, Madrid.
- DE PAÚL, J., ARRUABARRENA, I., TORRES, B. y MUÑOZ, R. (1995a). *La prevalencia del maltrato infantil en Guipúzcoa* en *Infancia y aprendizaje* nº 71 Madrid
- DE PAÚL, J. (1996a) *Diferentes situaciones de desprotección infantil* en De Paúl, J. Y Arruabarrena, M. I. *Manual de protección infantil*. Masson. Barcelona
- DE PAÚL, J. (1996b) *Explicaciones etiológicas de las diferentes situaciones de maltrato y abandono infantil* en De Paúl, J. Y Arruabarrena, M.I. *Manual de protección infantil*. Masson. Barcelona.
- DE PEDRO, F. y MUÑOZ, V. (2009). *Resiliencia y enfermedad*. En *Formación del ciudadano en un mundo global. Una mirada desde los contextos español y brasileño*. Madrid Universidad de Alcalá de Henares. España.
- Del Rio Sardonill (2003). *Métodos de investigación en educación. Procesos y diseños no complejos*. Vol. I. Madrid: UNED.
- DE LA ORDEN, A. (1985). *La investigación educativa. Diccionario Ciencias Educación*.
- DENO, E. (1973). *Instructional alternatives for exceptional children*. Reston; Council for exceptional children. *Jorunal of Learning Disabilities*.Anaya: Madrid.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL (2000) *Violencia escolar: El maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria* Informes, estudios y documentos.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL (2006) *Violencia escolar: El maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006* Informes, estudios y documentos.
- DEFRANCE, B. (2006) *Disciplina en la escuela* Morata .Madrid

- DELGADO, B. (1998) *Historia de la infancia*. Ariel. Barcelona
- DELORS, J. (1996) *La educación encierra un tesoro*. Santillana. Madrid
- DeSeCo (2005) *The definition and selection of key competencies*. Executive Summary. OCDE.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. (2002) Consejo 142/01. *Programa de trabajo detallado para el seguimiento de los objetivos concretos de los sistemas de educación y formación en Europa*
- DÍAZ-AGUADO, M. J. et al (2002) *Atención al maltrato infantil desde Servicios Sociales*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M. J. et al. (1996) *Infancia en situación de riesgo social. Un instrumento para su detección a través de la escuela*. Ministerio de Educación y Cultura. Comunidad de Madrid. Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M.J. et al. (2001) *La educación Infantil y el riesgo social. Su evaluación y tratamiento. Un instrumento para la detección en niños y niñas de tres a seis años a través de la escuela*. Ministerio de Educación y Cultura. Comunidad de Madrid. Madrid.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. et al (2000) *Atención al maltrato infantil desde Salud Mental*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M. J. et al (2001) *Atención Abuso Sexual Infantil*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M. J. et al (2002) *Atención al maltrato infantil desde Servicios Sociales*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M. J.; SEGURA, M. P.; ROYO, P. (1996) *El desarrollo emocional de los niños maltratados*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2003) *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Psicologías Pirámide. Madrid
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2006) *Del acoso escolar a la cooperación en las aulas*. Psicologías Prentice-Hall. Madrid.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. (2006) *El acoso escolar y la prevención de la violencia desde la familia. Una guía para ayudar a la familia y a la escuela a detectar, prevenir y tratar los problemas relacionados con el acoso escolar y otras formas de violencia*. Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos sociales. Madrid
- DIENER, E. y DIENER, C. (1996) *Most people are happy*. *Psychological Science*, 7 pp 181-185
- DOLTO, F. (1997) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós. Barcelona
- DOLTO, F. (2000) *Las etapas de la infancia*. Guías para padres Paidós. Barcelona
- DOLTO, F. (2004) *¿Niños agresivos o niños agredidos? Una cálida respuesta las angustias más comunes de los niños*. Guías para padres Paidós. Barcelona

DOMÈNECH, J. y GUERRERO, J. (2005) *Miradas a la educación que queremos*. Graó. Barcelona

**DORADO, E. (2005) *Padres obedientes hijos tiranos*. Trillas. Sevilla**

DOYAL, L.y GOUGH, I. (1994) *Teoría de las necesidades humanas*. Ikaria.Barcelona.

DUBOWITZ y cols, (1991) *A conceptual definition of child neglect* . *Criminal Justice and Behavior* , 20 pp8-26

DUGAN, T y COLES, R (eds.) (1989) *The child in our times: Studies in the development of resiliency*. Brunner/Mazal. Nueva York

DUMONT, M. Y PROVOST, M.A. (1999). *Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience on stress and depression*. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363.

ECHEBURUA, E. Y CORRAL, (1998) *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI de España Editores. Manuales Psicología.

EDELBOUR, S.; BENSEL, R.T. Y BASTIEN, D.T. (1993) *Ecological integrated model of children end war. Individual and social psychology*. *Child Abuse and Neglect*, 17 pp 805-819

EDWARDS, S. (1996) *Cuando los hombres creen en el amor: un libro para hombres enamorados y para las mujeres a las que aman*. Paidós Barcelona (Hombres que aman)

EGELAND, B., JACOVITZ, D. y SROUFE, A. (1988) *Breaking the cycle of abuse, Child development*, 59 pp1080-1088

ELLIOT, T. et al. (1991) *Negotiating Reality After Psychical Loss: Hope, Depression and Disability* en *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 4

ELZO, J. (2000) *El silencio de los adolescentes*. Temas de Hoy. Madrid.

EISENBERG, N. (1999) *Infancia y conductas de ayuda*. Morata Bruner. Madrid

ESQUIROL, J. M. (2006) *El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Gedisa. Barcelona.

Eurydice( 2002) *Las competencias claves. Un concepto en expansión de la educación general obligatoria*. Dirección General de Educación y Cultura.

EVANS J. (2002) *Resiliencia en problemas de desarrollo infantil temprano: estudio de revisión en cuatro programa en América Latina*. UGR/ USTC

EVERITT Y WYKES, (2001). *Distionary of Statitics for psychologists*. Arnold. London

FERNÁNDEZ, M. (2004) *Las tareas de la profesión de enseñar: práctica de la racionalidad curricular didáctica aplicable*. Siglo XXI. Madrid

FERNÁNDEZ PÉREZ, M. (2005). *El proceso de evaluación*. En SANCHEZ DELGADO, P. (2005). *Enseñar y aprender*. Ediciones Témpora: Salamanca.

FERNÁNDEZ D'ADAM, G. (2004). *Resiliencia y adolescencia*. En Fernández D'Adam y cols. (Eds.): *Resiliencia, ética y prevención*. Buenos Aires: Gabas.

FINKELHOR, D. (1991) *Commentary: Flexible reporting options for skilled child abuse*

*professional*”. *Child Abuse and Neglect*, 15, 335-342.

FINKELHOR, H. (1999) *Victimología infantil* en Sanmartín, J. *Violencia contra niños*. Ariel. Barcelona

FISKE, E.B. (1991) *Smart Schools, Smart Kids*. Simon & Schuster. Nueva York.

FOERSTER, H. (1981) *La construction d'une réalité* en Watzlawick, P. *L'invention de la réalité*. Seuil, Paris

FONAGY, P.; STEELE, M.; STEELE, H.; HIGGITT, A. y TARGET, M. (1994) *The theory and practice of resilience*. *Journal Child Psychology and Psychiatric*, 35, 2 pp 231-257

FONAGY, P. y TARGET, M. (1997) *Attachment and reflective function: their role in self-organization*. *Dev Psychopathology*, 9, pp 679-700

FRANCO, C., ARANGO C. (2004) *Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes*, Monografías de Psiquiatría, 3, pp. 19-27.

FRANKL, V. (1999) *El hombre en busca de sentido*. Herder. Barcelona

FREINET, C. (1986) *Parábolas para una pedagogía popular*. Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo. Planeta-Agostini, Barcelona

FREIRE, P. Y MASEDO, D (1989) *Alfabetización: lectura de la palabra y lectura de la realidad*. Paidós. Barcelona

FREUD, S. (1927) *El humor*. Amorrortu. Buenos Aires

FREUD, S. (1936) *Le Moi et les mecanism de défense*. PUF. París. Ed castellana (1999) *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós Barcelona

FREUD, S. (1985) *Correspondence* "Lettre du 19 de septembre 1930" Gallimard. Paris p.436. Sabourin, P. *Ferenczi. Paladin et le gran vizir secret*. Editions universitaires. Paris p150-151

FREYD, J. J. (2003) *Abusos sexuales en la infancia. La lógica del olvido*. Morata Madrid

FROMM, E. (1992) *El arte de amar*. Paidós. Barcelona

FROMM, E. (1999) *¿Tener o ser?* F.C.E. Madrid

FUCHS, E. (2003) *¿Van unidas ética y resiliencia?* en Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa. Barcelona.

GALEANO, E. (1995) *Las palabras andantes*. Siglo XXI. Barcelona

GALEANO, E. (1997) *El libro de los abrazos*. Siglo XXI. Barcelona

GALEANO, E. (2003) *Ser como ellos y otros artículos*. Siglo XXI. Barcelona

GALEANO, E. (2004) *La escuela del mundo al revés*. Siglo XXI. Barcelona

GALENDE, E. (2004) *Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad* en Melillo, N. Suárez, E.N., Rodríguez, D. (comps) *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Paidós. Barcelona

GALLARDO, J. A. (1988) *Malos tratos a los niños*. Narcea. Madrid.

GARBARINO, J. y GUILLIAM, G. (1980) *Understanding Abusive Families*. Lexington Books. Lexington. Massachusetts

GARBARINO, J. et al. (1986). *The psychologically battered child: strategies for identification, assesment and intervention*. Jossey-Bass. San Francisco.

GARBARINO, J. (1990) *Future directions* en Ammerman, R.T. y Hersen, M. *Children at risk : an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. Plenum. Nueva York

GARBARINO, J. et al (1992) *Child in dangerous environments: child maltreatment in the contex of community violence* en Cichetti, D. Y Toth, S. (comps) *Child abuse, child development and social policy* .Ablex. Nueva York

GARBARINO, J. STOOT, F. M. y EL CLAUSTRO DEL INSTITUTO ERIKSON (1993) *Lo que nos pueden decir los niños* Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid

GARBARINO, J. (1995) *Raising children in a socially toxic environment*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

GARBARINO, J., GUTTMANN, D. Y SEELEY, J.W. (1996) *The psychologically bateded child*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers

GARBARINO, J. (1997). *Raising children in a socially toxic environment*. Jossey-Bass. San Francisco

GARCIA, E. (1989) *Comunicación sobre la Ley de Adopción de 1987 y Consecuencias* en *Congreso Internacional de Educación Infantil*. Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. Madrid

GARCÍA-RINCÓN, C. (2006) *Educar la mirada. Arquitectura de una mente solidaria*. Narcea. Madrid

GARDINI, M. y MAS, C. (2001) *Observar, conocer y actuar. Método de intervención en la relación y comportamiento del niño*. Pirámide. Madrid

GARDNER, H. FELDMAN, D.H. y KRECHEVSKY, M. (comps) (2000) *El proyecto Spectrum*. Vol I, II, III. Morata. Madrid

GARDNER, H. (2001) *Inteligencias múltiple: La teoría en la práctica*. Paidós. Barcelona

GARDNER, H. (2001) *Spectrum teoría en la práctica*. Paidós. Barcelona

GARDNER, H.; CSIKSZENTMIHALYI, M.; DAMON, W. (2002) *Buen trabajo: Cuando ética y excelencia convergen*. Paidós. Barcelona

GARDNER, H. (2003) *Arte, mente y cerebro: Una aproximación cognitiva a la creatividad*. Paidós. Barcelona

GARDNER, H. (2004) *Mentes flexibles*. Paidós, Barcelona.

GARDNER, H. (2005) *Las cinco mentes del futuro: un ensayo educativo*. Paidós, Barcelona.

GARDNER, M. ( ) *Paradojas aja.*

GARMEZY, N. (1971) *Vulnerability research and the issues of primary prevention*, *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, pp 101-116

GARMEZY, N. y RUTTER, M. (eds.) (1983) *Stress, coping, and development in children*. McGraw-Hill. Nueva York

GARMEZY, N. (1985) *Stress-resitant children: The search for protective factors* en Stevenson, J. (comp) *Recent research in development psychopathology*. Oxford Pergamon Press ( a book supplement to the Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4)

GARMEZY , N.(1987) *Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children*. En *American Journal of Orthopsychiatric*, 57 pp 159-174

GARMEZY, N.y RUTTER, M. (comps) (1988) *Stress, coping and development in children*. Johns Hopkins Press. Baltimore

GARMEZY, N. et al (1990) *Fundamentos de psicología general* Limusa. México

GARMEZY, N. (1991) *Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with povert* , *American Behavioral Scientist*, 34, pp 416-430

GARMEZY, N.(1993) *Vulnerability and resilience* en Funder D. C. et al.(comps) *Studying Lives Through Time: Personality and Development*, American Psychological Association.

GARMEZY, N. (1993) *Children in poverty: Resilience Despite Risk*. *Psychiatry Interpersonal and Biological Process*, 56, 1

GARRIDO GENOVES VICENTE (2005) *Los hijos tiranos: el síndrome del emperador*. Ariel

GEERTZ, C. (1988) *La interpretación de las culturas*. Gedisa (1988) Barcelona.

GENTO PALACIOS, S. (1998). *Implantación de la calidad total en instituciones educativas*. Madrid: UNED.

GENTO PALACIOS, S. (2002). *Instituciones educativas para la calidad total*. Madrid: La Muralla (3ª Edición).

GENTO PALACIOS, S. (2004). *Guía práctica para la investigación en educación*. Madrid: Sanz y Torres.

GIANFRANCESCO, A. (2003) *¿Una literatura de resiliencia? Intento de definición* en Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa. Barcelona.

GILLHAM, J. y PLUNKETT, K. (1985) *Desarrollo infantil: desde la concepción a la edad escolar*. Morata. Madrid.

GILLHAM, J. SELIGMAN, M. et al (1999) *Niños optimistas: como prevenir la depresión en la infancia*. Grijalbo. Barcelona

GIMENO, J. (2005) *La educación que aún es posible*. Morata Madrid.

- GIONO, J. (2006) *El hombre que plantaba árboles*. El Barquero. Barcelona
- GIROUX, H. A. (2003) *La inocencia robada. Juventud, multinacionales y política cultural*. Morata. Madrid
- GLANTZ, M Y SLOVODA, Z. (1999) *Analysis and reconceptualization of resilience* en Glantz, M y Johnson, J.(eds) *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. Plenum Publishers. Nueva York
- GOETZ, J.P. y LE COMPTE, M.D. (1988) *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata. Madrid
- GOLEMAN, D. (2001) *Inteligencia emocional*. Kairós. Barcelona
- GÓMEZ-BENEYTO M. et al. (1994) *The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia*, Acta Psychiatr Scand, 1994; 89, pp. 352-357.
- GONZÁLEZ, O. (1996) *Marco Jurídico de la protección infantil en el estado Español y las diferentes Comunidades Autónomas* en De Paúl, J. Y Arruabarrena, M.I. *Manual de Protección Infantil*. Masson. Barcelona.
- GONZÁLEZ ARRATIA, L. F. N. I.; M. J. L. VALDEZ Y B. P. LÓPEZ (2007). *Resiliencia en adultos asmáticos*. Presentada en el VIII Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana y IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología. Michoacán.
- GONZÁLEZ ARRATIA, L. F. N. I. Y M. J. L. VALDEZ (2007). *Resiliencia y enfrentamiento a los problemas en niños de familias y niños huérfanos*, Conferencia presentada en el VIII Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana y IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología. Michoacán.
- GONZÁLEZ ARRATIA, L. F. N. I.; M. J. L. VALDEZ Y E. S. GONZÁLEZ (2008). *Resiliencia en niños con cáncer*. Presentada en el 1er. Congreso Internacional de Psicología, Toluca, México.
- GONZÁLEZ ARRATIA, L. F. N. I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca*, tesis no publicada de Doctorado. Universidad Iberoamericana. México.
- GONZÁLEZ-ARRATIA L.F., N.I., VALDEZ M., J.L. OUDHOF, H. Y GONZÁLEZ E., S. (2009). *Resiliencia y salud en niños y adolescentes*. Ciencia Ergo Sum, 16(3), 247-253.
- GOODYER, I.M. (1995) *Risk and resilience childhood and adolescents*, en Bengt Lindstiöm *niek spencer social paediatrics*, Oxford University Press, Londres
- GOW, M. (2001) *Building a Safer World for Children* en Gow, M (ed) *A Safe World for Children : ending abuse, violence and exploitation*. World Vision Internatiol. Monrovia
- GUÉNARD, T. (2002) *Más fuerte que el odio*. Gedisa. Barcelona
- GOODYER, I.M. (1995) *Risk and resilience proceses in childhood and adolescence* en Lindström, B. y Spencer, N. *Social Paediatrics* Oxford University Press pp. 433-455



GRACIA, E. y MUSITU, G. (1993) *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid

GRACIA, E. (2002) *Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica*. Paidós. Barcelona

GRACIAN, B. (2001) *El Crítico*. Cátedra. Madrid

GRIZENKO, N. y FISHER, C. (1992) *Review of studies of risk and protective factors for psychopathology und children* en *Canadian Journal of Psychiatry*, 37 pp 721-771

GROTBERG, E. (1995) *A Guide to Promoting Resilience in Children*. The Bernard van Leer Foundation. La Haya

GROTBERG, E. (1995) *Fortaleciendo el espíritu humano*. Fundación Bernard van Leer. La Haya.

GROTBERG, E. (1995b) *The International Resilience Project: Promoting Resilience in children*. Washington D.C. Civitan International Research Centre. University Of Alabama at Birmingham. ERIC Reports

GROTBERG, E. (2001) *Nuevas tendencias en resiliencia* en Melillo, A. y Suárez, E.N. ( comps) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós . Buenos Aires.

GROTBERG, E. (2006) *Resiliencia en el mundo de hoy: como superar la adversidad*.

GURALNICK M, J ; BENNETT, F.C.(1989).*Eficacia de una intervención temprana en los casos de Alto Riesgo* . Inerser .Madrid.

GÚTIEZ CUEVAS, P. (Editora) (2005). **Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0 – 6)**. Editorial Complutense: Madrid.

GUTIEZ, P.(2010). *Atención Temprana centrada en la familia. Situaciones de necesidades especiales* (por el trastorno del niño y/o la familia).*Políticas sociales en Europa* .Vol:28, 91-101.

GUTIEZ, P.(2009). *La atención a las necesidades educativas especiales en la Etapa 0-6*. La Línea de la Concepción: Grupo Editorial Universitario.

GRANDE. P. ( 2012) *Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en atención temprana en la comunidad de Madrid: la experiencia del programa marco de coordinación de Getafe*. Tesis doctoral. UCM

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA ( GAT) (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 55/2000.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (G.A.T.) - (2004) – **Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato Sobre Discapacidad**. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

GAT (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo normativo de la AT*. Madrid:

Real Patronato sobre Discapacidad.

HABERMAS, J. (1981) *Teoría de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción, racionalización social*. Vol. I y II. Taurus. Madrid

HABERMAS, J. (1987) *Teoría y Praxis*. Tecnos Madrid.

HAIDT, H. (2006). *La hipótesis de la felicidad*. Gedisa, España.

HARGREAVES, A. (1996) *Profesorado, cultura y postmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado*. Morata. Madrid

HELLER, A. (1996) *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Paidós, ICE de la UAB. Barcelona

HENDERSON, N. y MILSTEIN, M. (2003) *Resiliencia en la escuela*. Paidós Buenos Aires.

HERNÁNDEZ, A. (1998) *Promoción de la resiliencia a nivel individual, familiar escolar, comunitario y de políticas sociales* en *Notas de trabajo*, Santafé de Bogotá

HERNANDEZ; P. (2005) *Educación del pensamiento y de las emociones: Psicología de la educación*. Narcea. Madrid.

HERNÁNDEZ, G. y JARAMILLO, C. (2004) *Tratar los conflictos en la escuela sin violencia*. Cuadernos de Educación no Sexista nº 14. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio de Educación Cultura y Deporte

HERRERO, M. E. (Coord.) (2003) *Violencia contra el niño. Violencia en el niño*. Defensor del Menor. Madrid 2003

HESELBEIN, F.; GOLDSMITH, M.; BECKHARD, R.; SCHUBERT, R. F. (comps.) (1998) *The Community of the Future*. Jossey-Bass. San Francisco. (Ed. Cast. *La comunidad del futuro*. Granica. Barcelona, 1999)

HIRIGOYEN, M.F. (2006) *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidos. Madrid

HIRIGOYEN, M.F. (2006) *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidos Contextos. Madrid

HOFFMAN, L. (1990) *Constructing realities: an art of lenses*. *Family Process*, 29. pp. 1-12

HOLES, T.H. y MASUDA, M. (1974) *Life change and illness susceptibility* en Dohrenwend, B.S. y Dohrenwend, B.P. ( eds.) *Stressful life events: Their nature and effects*. Wiley. Nueva York (1974).

HORNO, P. (2004) *Educando el afecto*. Graó. Barcelona.

IMBERNÓN, F. (2007). *La discusión paradigmática en la investigación educativa* en *Revista de investigación educativa y desarrollo humano*, 1.

INFANTE, F. (2001) *La resiliencia como proceso: una revisión bibliográfica* en Melillo, a. y Suarez E.N. ( Comps) (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós. Buenos Aires

INGLÉS, A. y col. (1991) *Els maltractaments infantils a Catalunya*. D.G. d'Atenció a la Infancia. Barcelona

INSTITUTO DE NECESIDADES Y DERECHOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (IUNDIA) (2000) *El trabajo infantil en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

IWANIEC, D. (1995) *The emotionally abused and neglected child*. Willey. Chichester.

JAMES, W. ( ) *Principios de psicología*.

JARES, X.R. (2005) *Educación para la verdad y la esperanza. En tiempos de globalización, guerra preventiva y terrorismo*. Editorial Popular. Madrid

JESSOR, R. (1993). *Successful adolescent development among youth in high-risk settings*. The American Psychologist Association, 48(2), 117-126.

JESSOR, R., TURBIN, S.M. Y COSTA, M.F. (1998). *Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents*. Applied Developmental Science, 2(4), 194-208.

JIMÉNEZ, J.; OLIVA, A. ; SALDAÑA, D. ( 1996) *Maltrato y protección a la infancia en España*. Colección Estudios. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid

JIMENEZ, A.M. (2004) *Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes* en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.nº 89 Madrid

JOLLIEN, A. (1999) *Elogio de la debilidad*. RBA Editores. Barcelona.

KANT, I. (1991) *Sobre la paz perpetua*. Tecnos. Madrid

KANT, I. (2002) *Lógica*. Visión net. Madrid.

KAPLAN, S. (1995) *Family Violence: a clinical and legal guide*. American Psychiatric Press. London

KAPLAN, H. (1999) *Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models* en Glantz, M y Johnson, J.(eds) *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. Plenum Publishers. Nueva York

KAUFMAN, J. y ZIGLER, E. (1987) *Do Abused Children Become Abusive Parents?* *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2) pp 186-192

KAUFMAN, J. (1991) *Depressive disorders in maltreated children*. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, pp 257-265.

KEMPE, R.S. (1975)

KEMPE, R.S. y KEMPE, C.H. (1978) *Niños maltratados*. Morata. Madrid.

KELINGER, F. (1975). *Investigación del Comportamiento*. México: Interamericana.

KERTÉSZ, I. (2005) *Sin destino*. Narrativa del Acantilado. Barcelona

KESSLER RC, et al. (2005) *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV*

disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 6, pp. 593-602

KLEINMAN, A.(1988) *Illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basis Book. Nueva York

KOBASA, S.C. (1982) *Commitment and coping in stress resistance among lawyers*. *Journal of Personality and Social Psychology*

KOBASA S.C (1985) *Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness*, en Monat A. y Lazarus, R.(eds.), *Stress and coping*, Columbia University Press Nueva York.

KOBASA, S.C.; S. MADDI Y S. KAHN (1993). *Hardiness and health. A prospective study: clarification*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 65, Núm. 1.

KOTLIARENCO, M.A. y DUEÑAS, V. (1994) *Vulnerabilidad versus Resiliencia: Una propuesta de acción educativa*. *Derecho a la Infancia*, 9, CEANIM. Santiago de Chile.

KOTLIARENCO, M.A. y CÁCERES, I. (1994) *Una posible posibilidad frente al estrés de las familias en pobreza: Los mecanismos protectores*. OMEP. Valparaíso.

KOTLIARENCO, M.A. ALVAREZ, C. y CÁCERES, I. (eds) (1996) *Resiliencia: construyendo en adversidad*. CEANIM. Santiago de Chile.

KOTLIARENCO, M.A. et al. (1997) *Resiliencia e intervención educativa y psicosocial*. *Documentos de Trabajo*, 10. CEANIM Santiago de Chile.

KOTLIARENCO, M.A. et al. (1997) *Estado de arte en resiliencia*. OPS/OMS. Fundación Kellogg. CEANIM. Santiago de Chile.

KRAUSKOPF, J. «Proyectos, incertidumbre y futuro en el período juvenil». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 2003, 101: 495-500.

KREISLER, L. (1996) *La resilience mise en spirale*. Spiralel. Paris

KUHN, T.S (1975) *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE. Madrid

LACASA, P. (1998) *Familias y escuela*. Alianza Editorial. Madrid.

LAO-TSE (1996) *Tao Tê Ching*. Morata. Madrid

LECOMTE, J. (2004). *Guerir de son enfance*. Odile Jacobs. Paris

LEER B. VAN, FOUNDATION (1986) *Los padres como primeros educadores: cambios en los patrones de paternidad*. Cuarto Seminario del Hemisferio Occidental, con la cooperación del Ministerio de Educación Pública de Perú. Lima; (1991): *Dissemination, Newsletter* n° 62,

LEER B. VAN, FOUNDATION (1992) *Resources and resources centres, Newsletter*, n° 68,

LEER B. VAN, FOUNDATION (1993) *Early Childhood curriculum, Newsletter* n° 69.

LEDoux, J. (1999) *El cerebro emocional*. Ariel/Planeta. Barcelona.

LEJEUNE,P. (1994) *El pacto autobiográfico*. Megazul. Málaga

LEMAY, M. (1999) *Réflexions sur la resilience* en Poilpot, M.P. *Souffrir mais se construire* Erès. Ramonville Saint-Agne pp 83-106

LEVAV I., et al. (2004) *Psychiatric services and training for children and adolescents in*

*Europe: Results of a country survey.* Eur Child Adolesc Psychiatry.13, pp. 395-401.

LEVI, P. (2001) *Si esto es un hombre*. Muchnik Editores. Barcelona

LEVINE, M. (2003) *Mentes diferentes, aprendizajes diferentes. Un modelo educativo para desarrollar el potencial individual de cada niño*. Paidós Transiciones. Barcelona

LEWIN, K. (1951) *Field theory in social science, selected theoretical papers*. Nueva York. Harper, Trad cast.: *La teoría del campo en la ciencia*. Paidós. Barcelona.

LEY 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se *modifican determinados artículos del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil* en materia de adopción y otras formas de protección de menores (BOE núm. 275, de 17 noviembre)

LEY 6/95 de 28 de Marzo, de *Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia* en la Comunidad de Madrid (BOCM nº 83, de 7 de abril)

LEY ORGÁNICA 1/1996 de 15 de Enero de *Protección Jurídica del Menor*, modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE nº 15 de 17 de enero)

LEY 18/1999 de 29 de Abril, reguladora de *los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia* de la Comunidad de Madrid. (BOCM nº 117, de 19 de mayo)

LEY ORGÁNICA 5/2000 de 12 de Enero, reguladora de la *Responsabilidad Penal de los Menores*. (BOE nº 11 de 13 de enero).

Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de la Educación.

LÓPEZ, H.(2011) *Detección y evaluación de necesidades educativas especiales en el sistema educativo*. Tesis Doctoral. UCM

LÓPEZ, F et al ( 1995a) *Necesidades de la infancia y Protección infantil I: Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles* .Programa S.A.S.I.. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid

LÓPEZ, F et al (1995b) *Necesidades de la infancia y Protección infantil II: Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores*. Programa SASI. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

LÓPEZ, F (1995c) *Prevención de los abusos sexuales a menores y educación sexual*. Amarú. Salamanca.

LÓPEZ, F.; y DEL CAMPO, A. (1999) *Prevención de los abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

LOPEZ, F.; ETXEBARRIA, I.; FUENTES, M.J.; ORTIZ, M.J. ( Coods) ( 2001) *Desarrollo afectivo y social*. Psicología Pirámide. Madrid

LORA N. y otros (1996), *Prevalence of drug use among students from Cordoba*. Adicciones, vol. 82, pp. 219-234.

LÖSEL, F. BLIENESER, T. Y KORFEL, P. (1989) *On the concept of invulnerability: evaluation and first results of the Blielefeld Project* en Brambing, M.et al *Children at risk: Assesment Longitudinal Research and intervention*. Walter de Gruyter. New York

LÖSEL, F. (1994) *La resiliencia chez l'enfant et l'adolescente* en Bureau International Catholique de l'Enfance. *La resiliencia de l'enfant et de la famille. L'enfant dans le monde*, 21,nº 1,pp 8-11

LOWEN, A. (1998) *Miedo a la vida. Cuerpo y mente en busca de su autenticidad y plenitud*. Era Naciente. Buenos Aires.

LUTHAR, S.S.y ZIGLER, E. (1991) *Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood*. American Journal of Orthopsychiatry, 61, pp 6-22

LUTHAR, S. Y CUSHING, G. (1999) *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview* en Glantz, M y Johnson, J.(eds) *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. Plenum Publishers. Nueva York.

LLOBET, L. (2008). *La promoción de la resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión*. Buenos Aires: Novedades Educativas..

MACGILCHRIST, B.; MYERS, K. .; y REED, J. (1997) *The Intelligent School*. Paul Chapman Publishing Ltd. London

MACINTYRE, A. (1994) *Tras la virtud*. Paidós. Barcelona

MANCIAUX, M. (2000) *L'enfant et la résilience* Bull. Méd. Suisses, 81, pp1319-1322

MANCIAUX, M. VANISTENDAEL, S. LECOMTE, J Y CYRULNIK, B. (2003) *La resiliencia: el estado de la cuestión*. en Manciaux, M.( comp) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa. Barcelona

MANCIAUX, M. (comp.) (2003) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa. Barcelona

MARCHESI, A. (2004) *¿Que será de nosotros los malos alumnos?* Alianza. Madrid

MARDOMINGO MJ. (1994) *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Díaz de Santos Madrid,

MARDOMINGO, M. J. (2002): *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y Arte. Narcea. Barcelona

MARIAS, J. (1987) *La felicidad humana*. Alianza Editorial. Madrid

MARINA, J. A. (1996) *El laberinto sentimental*. Anagrama. Barcelona

MARINA, J. A. (2004) *Aprender a vivir* Ariel. Barcelona

MARTÍN, J. (2005) *La intervención ante el maltrato infantil. Una revisión del sistema de protección*. Pirámide Madrid

MARTÍN-MOLERO, F. (1988). *Educación ambiental: una experiencia interdisciplinar*. Madrid: Cyops

MARTÍNEZ-ROIG, A. y DE PAÚL, J. (1993) *Maltrato y abandono en la infancia*. Martínez Roca. Barcelona.

- MARUJO, H.A. NETO, L.M. y PERLORIO, M.F. (2003) *Pedagogía del optimismo*. Narcea. Madrid
- MASH, E. J. y WOLF, D. A. (2005) (3º ED.) *Abnormal Chil Psychology*. Pacific Groves, CA, Wadsworth
- MASLOW, A. (1998) *El hombre autorrealizado: hacia una psicología del ser*. Kairós. Barcelona.
- MASTEN, A.S.; BEST, K.M. y GARMEZY, N. (1990) *Resilience and development: Contributions from de study of children who overcome adversity*. *Development and Psychopathology*, 2 pp 425-444.
- MASTEN, A.S. y COASTWORTH, J.D. (1998) *The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on sucessful children* . *American Psychologist*, 53
- MASTEN, A. S. (1999) *Resilience comes of age: Reflections on the past and outlooks for next generation of reserchers* en Glantz, M y Johnson, J. (Eds) *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. Plenum Publishers. Nueva York.pp281-296
- MASTEN; A.S. et al. (1999) *Competenceand context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence*. *Development and Psychopathology*, 11 pp 143-169
- MASTEN, A.S. (2001) *Ordinary magic: Resilience processes in development*. *American Psychologist*, 56 (3) pp227-238
- MASSON, O. (1981) *Mauvais traitements envers les enfants et therapies familiales* en *Therapie Familiale*, Geneve. Suiza.
- MASSON, O. (1981) *Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional* en *Revista A.E.N.* Vol II. Madrid.
- MATURANA, H. (1991) *El sentido de lo humano*. Dolmen. Santiago de Chile
- MATURANA, H. (1996) *La realidad ¿objetiva o construida? (I/II)*. Anthropos. Barcelona
- MATURANA, H., VARELA, F. (2003): *El árbol del conocimiento; Las bases biológicas del entendimiento humano*. Lumen Editorial Universitaria. Buenos Aires.
- MATURANA, H. (1997) *Emociones y lenguaje en educación y política*. Dolmen. Santiago de Chile.
- MATURANA, H. (1997) *La realidad ¿objetiva o construida? (I/II)*. Anthropos. Barcelona
- McFARLANE, A.C. y GIROLAMO, G. (1996) *The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reaction*. En Van Der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. y Wisaeth, L. (eds), *Traumatic stress*. Nueva York, Guilford.
- McFARLANE, A.C. (1998) *Psicología del nacimiento*. Morata. Madrid
- MCGUINNIS, A.L. (1997) *El poder del optimismo*. Javier Vergara. Buenos Aires
- MEIRIEU, Ph. (2004) *Referencias para un mundo sin referencias*. Graó. Barcelona
- MEIRIEU, Ph. (2006) *Carta a un joven profesor*. Graó. Barcelona

MELILLO, A. y SUAREZ, E.N. (Comps) (2001) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós . Buenos Aires.

MELILLO, N. SUÁREZ, E.N., RODRÍGUEZ,D. (comps) (2004) *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* Paidos. Barcelona

MELILLO, A. (2004b). *Resiliencia*. Revista Psicoanálisis: ayer y hoy. Reseña conceptual. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

MILLER, A. (1990) *El drama del niño dotado. En busca del verdadero yo*. Tusquets Editores. Barcelona

MILLER, A. (2000) *El origen del odio*. Ediciones B. Barcelona

MILLER, A. (2005) *El cuerpo nunca miente*. Tusquets. Barcelona

MILLER, A. (2006) *Por tu propio bien: raíces de la violencia en la educación del niño*. Tusquet. Barcelona.

MILGRAM, N.A. Y PALTÍ, G. (1993). *Psychosocial characteristics of resilient children*. *Journal of Research in Personality*, 27, 207-221.

MILNER, J.S. (1990) *Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil*. En *Infancia y Sociedad*, 2, pp. 5-15

MILNER, J.S. Y HERCE, C. (1994) *Abuso sexual intrafamiliar: teoría, investigación y tratamiento*. En *Infancia y Sociedad* nº 24 pp 139-173

MORA, V. (2001). *Los centros escolares y la nueva legislación sobre menores*. Monografías Escuela Española. Cisspraxis. Barcelona.

MORALES, J. M. y COSTA, M. (1997) *Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil* en CASADO, J.; DÍAZ, J. A. y MARTINEZ, C. (dir) *Niños maltratados*. Díaz de Santos. Madrid

MORIN, E. (2001) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Paidós. Buenos Aires.

MOYA, C. (1993) *Algunas cuestiones relativas al proceso de toma de decisiones en los casos de malos tratos a la infancia*. *Revista de Psicología Aplicada* nº 1 vol. 3. Sociedad Valenciana de Psicología Social. Valencia

MUNIST, M et al (1998) *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y jóvenes*. Organización Panamericana de la Salud /OMS, Fundación W.K. Kellogg, ASDI. Washington D.C.

MUNIST, M.M., SUÁREZ O., N., KRAUSKOPF, D. Y SILBER, T.J. (2007). *Adolescencia y resiliencia*. México: Paidós.

MUÑOZ, J. (2004) *Personas mayores y malos tratos*. Psicología Pirámide. Madrid

MUÑOZ, V. (2003). *La escuela ante situaciones de riesgo social y maltrato*. *Pediatría de Atención Primaria*. Vol. V Julio/Septiembre Nº 19.pp

MUÑOZ, V. (2004). *Conocimiento de situaciones de riesgo social y/o maltrato en la escuela infantil*. *Aula de Infantil*. Marzo-Abril 2004 nº 18.pp

MUÑOZ, V. (2004). *Coneixement de situacions de risc social i/o maltractament a l' escola infantil*. *Guix d'infantil*. Marzo-Abril 2004 nº 18pp



MUÑOZ, V. (2005) *La protección de la infancia desde la formación del profesorado, la prevención y la detección del riesgo social y/o maltrato* en Gútiez, P. (Ed) *Atención temprana. Prevención detección e intervención en el desarrollo (0-6) y sus alteraciones* Editorial Complutense. Madrid.

MUÑOZ, V. y DE PEDRO, F. (2005). *Educación para la resiliencia; un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social*. *Revista Complutense de Educación*. Vol 16, (1 ) Madrid

MUÑOZ, V. (2005) Jornada - Debate “**Violencia e Infancia**”. Congreso de los Diputados. Organizada por UNICEF-Comité español en colaboración con el Congreso de Diputados. 24 de junio de 2005

MUÑOZ, V. (2007) *La formación del profesorado para atender a la diversidad: proteger a la infancia, prevenir riesgos* en Pumares, L. y Hernández, L.( Coords.) *La formación del profesorado para atender a la diversidad*. CEP Editorial Madrid.

MURPHY, L. y MORIARTY, A.E. (1976) *Vulnerability, coping and growth: From infancy to adolescence*. Yale University Press. New Haven, CT.

MURPHY, L.(1987) *Further reflections on resilience* en Anthony,E.J. y Cohler, B, eds *The invulnerable child*. Guilford Press. Nueva York.

NIETO, S. (2006) *Razones del profesorado para seguir con entusiasmo*. Octaedro. Barcelona

NIETO, S., GORDON, S y YERDWOOD, J. (2002) *Teachers’ Experiences in a Critical Inquiry Group: A Conversation in Three Voices*. *Teaching Education*, Vol 13, 3 pp 341-355

NIETO, J.M. Y BOTÍAS, F. (2000). *Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica*. Madrid: Alianza.

NODDINGS, N. (1996) *Stories and Affect in Teacher Education*. *Cambridge Journal of Education*, 26 (3) pp 435-447

O’CALLAGHAN, X. (1999) *Compendio de derecho civil* Tomo IV Derecho de familia. Edersa. Madrid

OCAMPO, C.J. (2009). *Calidad de vida en pacientes con cáncer*, proyecto de tesis de doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de México.

OCHAÍTA, E. (1995) *La atención a la infancia en dificultad social en el contexto de las políticas de infancia*. *Bienestar y Protección Infantil*, nº 1 1995. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Madrid.

OCHAÍTA, E. y ESPINOSA, M. A. (1999). *Dificultades en el desarrollo de origen social: El maltrato y las necesidades infantiles*. En García Sánchez, J.N. (Ed.), *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Pirámide. Madrid

OCHAÍTA, E. y ESPINOSA, M. A. (2005). *Hacia una teoría de las infantiles y adolescentes. Necesidades y Derechos en el marco de la Convención de Naciones Unidas sobre derechos del niño*. McGraw Hill. Unicef. Madrid

OÉ, K. (1998) *Un amor especial. Vivir en familia con un hijo disminuido*. Martínez Roca. Barcelona

OLWEUS, D. (1993) *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Morata. Madrid

OLIVA, A.; MORENO, C.; PALACIOS, J. y SALDAÑA, D.(1995) *El maltrato infantil en España. Un estudio a través de los expedientes de menores en Infancia y aprendizaje*, 71, pp 111-124.

OMS (2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington. Organización Panamericana de la Salud

OSBORN, A..F. (1990) *Resilient Children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children*. *Early Child Development and Care*, vol 62,pp 23-47

OSPINA, M. D.; V. D. JARAMILLO Y T. M. URIBE (2005). *La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres*”, Investigación y Educación en Enfermería 23(1). Universidad de Antioquía. <<http://www.enfermeria.udea.edu.co/revis-ta/html>> (30 de junio de2008).

OZ, A. (2002) *Contra el fanatismo*. Siruela. Madrid

PALACIOS, J.; MORENO, M. C. y JIMÉNEZ, J. (1995) *El maltrato infantil: Concepto, tipos y etiología*. *Infancia y Aprendizaje*, 71 pp 7-22

PALACIOS, J., JIMÉNEZ, J.; SALDAÑA, A. y OLIVA, D. (1998) *Malos tratos a los niños en la familia* en Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coords.) *Familia y desarrollo humano* Alianza. Madrid

PARTON, N. THORPE, D. Y WATTAM.C. (1997). *Child protection. Risk and the moral order*. MacMillan Press.London

PAS, M. (2006) *Me han robado la felicidad*. Granica Barcelona

PATTON et al. (2000). *Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience* en Violanti, J:M: Patton, D. Y Dunning, D. (Eds) *Postramatic, Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Charles C. Thomas Publisher, LDT. Springfield, Illinois

PEALE, N.V. (1953) *The power of positive thinking*. Prentice-Hall. Nueva York

PEÑACOBÁ, C. Y MORENO, B. (1998) *El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas*. *Boletín de Psicología* vol 58 pp 61-96

PÉREZ –ESCLARÍN, A. (2004) *Educación para humanizar*. Narcea. Madrid

PÉREZ-SALES, P. Y VÁZQUEZ, C. (2003). *Emociones positivas, trauma y resistencia*. *Ansiedad y Estrés*, 9 pp 235-254

PÉREZ JUSTE, R. (1990). *Estadística Descriptiva*. UNED: Madrid.

PÉREZ JUSTE, R., GARCÍA LLAMAS, J. L., GIL PASCUAL, J. A. y GALÁN GONZÁLEZ, A. (2009). *Estadística aplicada a la educación*. Pearson Educación y UNED: Madrid.

PÉREZ SERRANO, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla (4ª Edición).

- PEIRÓ I GREGORY, S. (1997). *La escuela ante los abusos y malos tratos. Teoría pedagógica para efectuar prevención y reeducación para situaciones de riesgo*. Grupo Editorial Universitario. Granada.
- PIAGET, J. (1978). *La representación del mundo en el niño*. Morata. Madrid
- PIAGET, J.(1986) *Psicología y Pedagogía*. Obras Maestras del pensamiento Contemporáneo. Planeta-Agostini, Barcelona
- PIAGET, J.(1986) *Seis estudios sociológicos*. Obras Maestras del pensamiento Contemporáneo. Planeta-Agostini, Barcelona
- PINKER, S. (2003) *La tabla rasa: la negación moderna de la naturaleza humana*. Paidós, Barcelona
- PINKER, S. (2004) *Cómo funciona la mente*. Destino, Madrid.
- POLETI, R. y DOBBS, B. (2005) *La resiliencia. El arte de resurgir a la vida*. Lumen. Buenos Aires
- POPKEWITZ, Th. S. (1994) *Sociología política de las reformas educativas*. Morata-Paideia. Madrid.
- POSTIC, M. (1997) *Observación y formación de los profesores*. Morata. Madrid
- PUERTA DE KLINKERT, M. P. (2002): *Resiliencia: La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Lumen. Buenos Aires.
- PUNAMÄKI, R.L. (1988). *Historical, political and individualistic determinants of coping modes and fears among Palestinian children*. *International Journal of Psychology*, 23.
- PUNAMÄKI, R.L. (1996). *Can ideological commitment protect children's psychosocial well-being in situations of political violence?* *Child Development*, 67. pp55-69.
- PUNSET, E. (2006) *El viaje a la felicidad*.
- QUEROL, X: (1990) *El niño maltratado*. Editorial Pediátrica. Barcelona.
- QUINTANILLA, M. A. (1985) *Educación y Tecnología*, en *Tecnología Educativa. Nuevas Tecnología Aplicadas a la Educación*. AA.VV. Ed. Marfil. Alcoy.
- RESTREPO, L. C. (1997) *El derecho a la ternura*. Península. Barcelona.
- RIVIERE, A, et al (1988) *Evaluación y alternativas de las funciones psicológicas en el autismo infantil*. CIDE Madrid
- RIVIERE, A. (2003) *Obras escogidas*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- ROBERTS E. y cols. (1998) *Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents*, *Am J Psychiatry*; 155: 715-725.

- RODRIGUEZ, D. (2001) *El humor como indicador de resiliencia* en Melillo, A. Suarez, E.N. *Resiliencia*. Paidós Buenos Aires
- ROGERS, C.R. (1996) *El proceso de convertirse en persona*. Paidós. Bcelona
- ROJAS, L. (1995) *Las semillas de la violencia*. Espasa Calpe. Madrid
- ROJAS, L. (2004) *Nuestra incierta vida normal*. Aguilar. Madrid
- ROJAS, L. (2005) *La fuerza del optimismo*. Aguilar. Madrid
- ROJAS V., M. (2007). *Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas*. Revisión y análisis del estado actual. Disponible en línea
- ROLF, J.; MASTEN, A.S.; CICCHETTI, D. et al. (comps) (1992) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press. Cambridge
- ROF CARBALLO, J. (1974) *Violencia y ternura*. Prensa Española. Madrid
- ROSALDO, M. (1984) *Toward a Anthropology of self and Feeling* en Richard, A.Shweder y Robert, ALeVine (eds.) *Culture Theory: Essayson Mind, Self, and Emotion* Cambridge University Press, (1984) Camdbridge
- ROSENTHAL, R. y JACOBSON, L. (1968) *Pygmalion in the classroom. Techer expectations and pupil's intellectual development*. Holt, Rinehart y Winston. Nueva York.
- ROTH, D, et al. (1989). *Life events, fitness, hardiness, and health: a simultaneous analysis of proposed stress-resistence effects*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 57, nº 1 pp 136-142.
- ROUSSEAU, J. J (1762) *Emilie ou de l'education*, reimpresión Garnier Flammmarion, 1966 Paris. Traducción castellana *Emilio o de la educación*. Alianza 1990. Madrid
- ROVIRA CELMA, A. (2006) *La brújula interior*.
- ROVIRA CELMA, ALEX. (2006) *La buena suerte*.
- ROVIRA CELMA, ALEX. (2006) *Los siete poderes: un viaje a la tierra del destino*
- RUSSELL, B. (2003) *La conquista de la felicidad*. El País. Clásicos del siglo XX. Madrid (orig. 1930)
- RUTTER, M. (1971). *Parent-child separation: Psychological effects on the children from childhood to adult lifes* en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22pp 233-260
- *Stress, coping and development: some issues and some questions* en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, pp323-356
- RUTTER, M. (1978) *Classification*. En Rutter, M. y Hersov, L. ( eds) *Child Psychiatry Blackweil*. Scientific Publications. Londres

- RUTTER, M. (1985) *Resilience in the face of adversity*. Barnes and Noble. Nueva York
- RUTTER, M. (1984) *Trastornos del lenguaje y autismo infantil en* Schopler (eds) *Autismo*. Alambra. Madrid
- RUTTER, M. (1985) *Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder*. *Brithish Jorurnal of Psychiatry*, 147 pp598-611
- RUTTER , M. Y HERSOV, L. ( Eds.).(1985) *Child and Adolescent Psychiatric. Modern Approaches*. Blackwell Scientific. Oxford
- RUTTER, M. (1987) *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 pp 316-331
- RUTTER, M. (1989). *Pathways from childhood to adult lifes* en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30
- RUTTER, M. (1990). *Psychological resilience and protective mechanims* en Rolf, J. et al (comps) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge University Press. Nueva York
- RUTTER, M. (1990). *La privación materna*. Morata. Madrid
- RUTTER, M. (1992). *Psychosocial resilience end protective mechanisms* en Rolf, J.; Masten, A.S.; Cicchetti, D. et al. (comps) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press. Cambridge
- RUTTER, M. y RUTTER, M. (1992) *Developing Minds: Challenge and continuity across Lifespan*. Basic Book. Nueva York
- RUTTER, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations* en *Journal of Adolescent Health*. Vol 14, nº 8 pp 626-631
- RUTTER, M. (1993). *Psychological resilience and protective mechanism* en *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, nº 3, pp 316-331
- RUTTER, M. (1994). *Comorbidity: Meanings and mechanisms* en *Clinical Psychology. Science and Practice* 1. pp 100-103
- RUTTER, M. (1999). *Psychosocial adversity and child psychopatholoy* en *Br. Journal of Psychiatry*. 174 pp 480-493
- RUTTER, M. (2000) *Psychosocial influences: Critiques findings and research needs*. *Development and Psychopatology*, 12 pp 375-405
- RUTTER, M.et al. (2002) *Recuperación y déficit tras privaciones iniciales profundas*. *Bienestar y Protección Infantil*, Vol.1. Nº 1. Enero/abril. pp 11-31
- SACK, O. (1987) *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Munick: Barcelona. (Orig. 1985)
- SALABEEY, D. (2005) *The strenghts perspective in social work practice* (4th Ed.)

- SALOVEY, P. y MAYER, (2002) *Emotional Intelligence test (MSCEIT)* MHS. Nueva York
- SALZBERG, B. (1992). *Los niños no se divorcian*. Logos. Clínica Psicoanalítica. Barcelona.
- SANCHEZ ROMERO, C. (2003). *Complementariedad metodológica en los proyectos de investigación*. En MEDINA RIVILLA & CASTILLO ARREDONDO. *Metodología para la realización de proyectos de investigación y tesis doctorales*. Madrid: Editorial Universitas.
- SANMARTÍN, J. (Editor) (1999) *Violencia contra niños*. Ariel. Barcelona.
- SANMARTÍN, J. (2000) *La violencia y sus claves*. Ariel. Barcelona.
- SAINT EXUPERY, A. (2004) *El principito*. Alianza. Madrid
- SANTA-MARIA, C. (1995) *La situación legal de desamparo del menor de edad. Notas sobre su concepción jurídica*. Bienestar y Protección Infantil nº 1 1995. Madrid.
- SANTOS GUERRA, M. A. (1994) *Entre bastidores. El lado oculto de la organización escolar*. Aljibe. Archidona
- SANTOS GUERRA, M. A. (2004) *Invitación al optimismo*. Cuadernos de Pedagogía nº 334, abril pp. 86-90
- SANTOS GUERRA, M. A. (2006) *La escuela que aprende*. Morata. Colección “Razones y propuestas educativas”. Madrid
- SAVATER, F. (1997) *El valor de educar*. Ariel Barcelona
- SAVATER, F. (2003) *Los caminos para la libertad. Ética y educación*. Fondo de Cultura Económica de España. Madrid
- SAVATER, F. (2002) *El contenido de la felicidad*. Aguilar. Madrid
- SAVATER, F. (2006) *Los siete pecados capitales*. Debate. Barcelona
- SCHELER, M. (2003): *El puesto del hombre en el cosmos*. Losada. Buenos Aires.
- SCHEERENBERGER, ( 1984). *Historia del retraso mental*. San sebastian. Servicio Internacional de información sobre subnormales.
- SCHOPENHAUER, A. (2007) *El arte de ser feliz. Explicado en cincuenta reglas para la vida*. Edición no venal. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid
- SCHOR, E. (1994) *Influencia de la familia en la salud infantil: Conductas familiares y consecuencias en los niños*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana McGraw-Hill. México
- SELIGMAN, M.(1981). *Indefensión*. Debate. Madrid
- SELIGMAN, M.(1990). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. Pocket Books. Nueva York (traducción en Atlántida, 1991)
- SELIGMAN et al.(1993) *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press
- SELIGMAN, M.(1999). *Niños optimistas*. Grijalbo. Barcelona

- SELIGMAN, M. (2003) *La auténtica felicidad*. Ediciones B. Barcelona
- SELIGMAN, M. y CSIKSZENTMIHALYI, M (2000) *Positive Psychology: An introduction*. *American Psychologist*, vol 55(1) pp 5-14
- SEMPRÚM, J. (1995). *La escritura o la vida*. Tusquets. Barcelona
- SENGE, P. (2005) *La quinta disciplina. Como impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Granica . Buenos Aires
- SERRANO, A. e IBORRA, I. (2005) *Violencia entre compañeros en la escuela*. Serie Documentos nº 9. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Valencia
- SERRANO, A. (2006) *Acoso y violencia en la escuela: como detectar, prevenir y resolver el bullying*. Ariel. Barcelona
- SERRANO DE MORENO, S. (2002). La evaluación del aprendizaje. Dimensiones y prácticas innovadoras. *EDUCERE*, 247-257.
- SERRANO PASTOR, F., ATO GARCÍA, M. & AMORÓS POVEDA, L. (2005). Metodología de una investigación evaluativa: Proyecto EDUSI” en *Congreso internacional sobre formación del profesorado y nuevas tecnologías*. Santo Domingo.
- SEGOVIA PÉREZ, J. (1997). Investigación educativa y formación del profesorado. Madrid: Editorial Escuela Española
- SNYDERS, G. (1987) *La alegría en la escuela*. Paidotribo. Barcelona
- SNYDER, M.(1981). *On the influence of individuals on situations* en Cantory, N. Y Kihlshom, J. ( ed) *Personality cognition and socialinteraction* Hillsdale, N.J. Erlbaum
- SIERRA BRAVO (1983). *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo (3a ed., 1983 y 4a ed., 1985)
- SILBER, T.J. (1994). *Adolescencia: factores protectores en una época de riesgo*. *Anales Españoles de Pediatría*. Monográfico de V Reunión Nacional de la Sección de Medicina del Adolescente de la AEP.
- SIMÓN, C. LÓPEZ, J.L. LINAZA, J.L. (2000) *Maltrato y desarrollo infantil*. Universidad Pontificia de Comillas. Colección Estudios 77. Madrid.
- STENHOUSE, L. (1984) *Investigación y desarrollo del curriculum*. Morata. Madrid.
- STENHOUSE, L. (1987) *Investigación como base de la enseñanza*. Morata. Madrid.
- STUFFLEBEAM, D. L. Y SHINKFIELD, A. J. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós/MEC.
- SUCKLING, A. y TEMPLE, C. (2006) *Agresividad en la escuela. Un enfoque integral*. Morata. Madrid.
- TORRES SANTOMÉ, J. (2006) *La desmotivación del profesorado*. Morata. Madrid
- SOLÁ, D. (2002) *Educación sin maltratar*. Recursos. Barcelona
- SOEBSTAD, N. (1995) *Child resilience and religion in relation to humour theory and practice*. BICE. International Catholic Child Bureau. Ginebra Suiza

SPINOZA, B. ( ) Ética

SPITZ, R. (1945). *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. Psychoanalytic study of child, 1, 153-172

SPITZ, R. (1977). *El primer año de la vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. México

SPIVAK, G. Y SHURE, M. (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real-life problem*. Jossey Bass. San Francisco.

SROUFE, L.A. y RUTTER, M. (1984) *The domain of developmental psychopathology*. *Child Development*, 55 pp 1184-1199

SUÁREZ, E. N. (1995). *Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad* en *Medicina y sociedad*. Vol 16 nº 3

SUÁREZ, E.N., KRAUSKORPF, D. (1995). *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psico-social*. Publicaciones Científicas nº 552, OPS/OMS, Washington, D.C. EE.UU.

SUÁREZ, E.N. (2000). *Desarrollo de la resiliencia en América Latina* en *Actualizaciones en resiliencia*. Fundación Bernard van Leer. Ediciones de la UNLa. Lanús

SUPINO-VITERBO, V. (2002) *El niño mal amado*. Acento. Madrid

TAYLOR, S. E. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Martínez Roca. Barcelona (orig. 1988)

TEDESCO, J.C. (1995) *El nuevo pacto educativo*. Anaya. Madrid.

TOMKIEWICZ, S. (1999) *L'adolescence volée*. Calmann-Leévy. Paris

TOMKIEWICZ, S. (2004) *El surgimiento del concepto* en Cyrulnik, B. et al. *El realismo de la esperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Gedisa. Barcelona

TORRES, J. (2006) *La desmotivación del profesorado*. Morata Madrid

TRECHERA, J.L. (2007) *La sabiduría de la tortuga. Sin prisa pero sin pausa*. Almuzara. Córdoba

TUTS, M. y MARTINEZ, L. (2006) *Educación en valores y ciudadanía. Propuestas didácticas para la formación integral*. Catarata. Madrid.

URBIETA, J.R. (2005) *El regalo de sí mismo: educarnos para educar*. Narcea Madrid.

URBINA, S. J. Y R. M. ACUÑA (2002). *Relevancia de los factores psicológicos para promover la salud de los mexicanos* en *La psicología social en México*. Vol. 9, México.

UNAMUNO, M. (1986) *Del sentimiento trágico de la vida*. Alianza Editorial. Madrid.

UNESCO (1996). *La educación encierra un tesoro*. Santillana. Buenos Aires.

UNICEF (1997) *Children and violence*. Informe INNOCENTI. Nueva York

UNICEF (1998b). *Estado mundial de la infancia: Nutrición* UNICEF. Nueva York.

UNICEF (1999c). *Estado mundial de la infancia: Educación* UNICEF. Nueva York.



UNICEF (2002) *Un mundo apropiado para los niños y las niñas*. Informe INNOCENTI . Nueva Cork

UNICEF (2004). *Manual de aplicación de la Convención sobre los derechos del niño*. UNICEF. Ginebra.

UNICEF (2005). *Estado mundial de la infancia 2005: La infancia amenazada*. UNICEF. Nueva York.

UNICEF (2005) *Manual de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Génève, Suiza.

UNICEF (2005) *La evolución de las facultades del niño*. Informe INNOCENTI

UNICEF (2005) *Violencia e Infancia*. Comité-Español y Congreso de los diputados. Madrid

UNICEF (2006). *Estado mundial de la infancia 2006: Excluidos e invisibles*. UNICEF. Nueva York.

UNICEF (2006) Memoria Comité-español.

UNICEF (2007) *Estado mundial de la infancia 2007: La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género*. UNICEF. Nueva York.

UNICEF (2008) *Estado mundial de la infancia 2008: Supervivencia infantil*. UNICEF. Nueva York

UNICEF (2007) *Will you listen?.Nos escucharán? Las opiniones de jóvenes de zonas de conflicto*. Nueva York

UNICEF (2008) *Acción humanitaria* UNICEF. Infome 2008. Nueva York

URRA, J.( 2004) *Adolescentes en conflicto: 52 casos reales*. Pirámide. Madrid

URRA, J. (2001) *El futuro de la infancia*. Pirámide. Madrid

URRA, J. (2006) *El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas*. La esfera de los libros. Madrid

VALERY, P. (1954) *La idea fija*. Losada. Buenos Aires

VANISTENDAEL,S.(1992)

VANISTENDAEL, S. (1996) *Como crecer superando los percances: resiliencia. Capitalizar las fuerzas del individuo*. Cuadernos del BICE .Oficina Internacional Católica de la Infancia. Ginebra

VANISTENDAEL, S. (1996) *La résilience ou le réalisme de l'espérance: blessé mais pas vaincu*. Oficina Internacional Católica de la Infancia. Ginebra

VANISTENDAEL, S. y LECOMTE, J. (2002). *La felicidad es posible: Construir la resiliencia*. Gedisa. Barcelona

VANISTENDAEL, S. (2004) *Humor y resiliencia* en Cyrulnik, B. y otros *El realismo de la esperanza. Testimonios de esperanzas profesionales en torno a la resiliencia*. Gedisa. Barcelona

VARELA, F. (1996) *Ética y acción*. Dolmen. Santiago de Chile

- VASILACHIS DE G., I (2006) *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. Gedisa. Biblioteca de Educación. Barcelona.
- VASILACHIS DE G., I (coord.) (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa. Biblioteca de Educación. Barcelona.
- VERA, P. B.; CARBELO, B. B. y VECINA, J. M. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*, en *Papeles del psicólogo*. Vol. 27, Núm. 1.
- VIGOSTKI, L.S. (1979) *El desarrollo de los procesos mentales superiores*. Crítica. Barcelona
- VILLALBA, Q. C. (2008) *El enfoque de residencia e trabajo social* en <www.unizar.es>
- VINCENT, J.D. (1988) *Biología de las pasiones*. Anagrama. Madrid
- VOLTAIRE, F. (1999) *Cándido o el optimismo*. Unidad Editorial. Colección Millenium. Barcelona. Org. (1759)
- VON HENTIG, H. (2003) *¿Por qué tengo que ir a la escuela? Cartas a Tobías*. Gedisa. Barcelona.
- WALSH, F. (2004) *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu. Buenos Aires.
- WARNOCK, M. (1978). *Special Education Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. Her Majesty's Stationery Office. London.
- WARNOCK, M. (1990). Informe sobre necesidades educativas especiales. *Siglo Cero*, 130 (12-24).
- WERNER, E. E. y SMITH, R.S. (1977) *Kauai's Children Come of Age*. University press of Hauai. Honolulu
- WERNER, E.E (1986) *Protective Factors and Individual Resilience*. Cambridge University Press. Cambridge.
- WERNER, E.E. y SMITH, R.S.(1989) *Vulnerable but Invincible. A longitudinal Study of resilient Children and Youth*. Adams, Banister & Cox, Nueva York
- WERNER, E.E.(1989) *Vulnerable but Invincible. A longitudinal y Perspective*. En
- WERNER, E.E.(1989) *Protective factors and individual. resilience*. En Brambring, M.; Losel, F; y Skewronek, H. ( eds.) *Childen and risk: Assesment Longitudinal Research and Intervention*. Walter Gruyter. Neva York
- WERNER, E.E ( 1992) *The children of Kauai: Resiliency and Recovery in Adolescence and Adulthood*. En *Jornual Adolescence Health*, 13. pp262-268.
- WERNER, E.E. y SMITH, R.S. (1982) *Vulnerable but Invincible: A study of Resilient children*. McGraw-Hill. Nueva York.
- WERNER, E.E. y SMITH, R.S. (1982) *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press. Ithaca. Nueva York.

WERNER, E.E. (1993) *Protective factors and individual resilience*, en Meisel, S Yy Shonkoff, J.P. (Eds) (1993) *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press. Nueva York

WERNER, E.E (1994) *Risk, Resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study*. N° 5 pp 503-515

WIESEL, E. (1996) *Todos los torrentes van al mar*. Muchnik Editores. Barcelona

WIESEL, E. (1997) *La intolerancia*. Fórum Internacional sobre la Intolerancia, UNESCO, 27 de marzo de 1997, La Sorbonne, 28 de marzo de 1997 Granica. Barcelona

WILD, R. (1999) *Educación para ser: vivencias de una escuela activa*. Herder. Barcelona.

WILD, R. (2003) *Calidad de vida: educación y respeto para el crecimiento interior de niños y adolescentes*. Herder. Barcelona.

WILD, R. (2006) *Libertad y límites. Amor y respeto. Lo que los niños necesitan de nosotros*. Herder. Barcelona.

WILLIAMS, R. (1981) *Cultura. Sociología de la Comunicación y del Arte*. Ed. Paidós. Barcelona.

WINNICOTT, D. (1978) *El concepto de individuo sano* en Donald W. Winnicott. Trieb. Buenos Aires.

WINNICOTT, D. (1970) *Conozca a su niño*. Paidós. Barcelona.

WINNICOTT, D. (1982) *Realidad y juego*. Gedisa. Barcelona

WINNICOTT, D. (1984) *Deprivación y delincuencia*. Paidós. S.A.I.C.F. Buenos Aires.

WINNICOTT, D. (1999) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Paidós. Barcelona

Wolfestein (1954 en Soebstad, 1995)

WHO. World Health Organization, *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2005

WOLIN, S. y WOLIN, S. (1993) *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversities*. Villard Books. Washington D.C.

WOLIN, S. Y WOLIN, S. (1995) *Resilience among youth growing up in substance-abusing families*. *Pediatric Clinic of American* Vol 42

WORTMAN, C.B. Y SILVER, R. (1989) *The myths of coping with loss*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3) pp 349-357

WRIGHT, L., WATSON, W.L., y BELL, J.M. (1996) *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. Basic Book. Nueva York

ZOHAR, D. y MARSHALL, I. (2001) *Inteligencia espiritual*. Plaza&Janés . Barcelona

# BLOQUE VI:

# ANEXOS

---

**ANEXO I****COMUNICADO DE INCORPORACIÓN AL AULA HOSPITALARIA**

Sr. Director/a del centro \_\_\_\_\_, le comunico que con fecha \_\_\_\_\_ el alumno \_\_\_\_\_, escolarizado en el centro educativo que usted dirige, se ha incorporado al Aula Hospitalaria del H. Gregorio Marañón.

De acuerdo con las *Instrucciones de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria para el funcionamiento de las Unidades Escolares de Apoyo en Instituciones Hospitalarias*, se indican los documentos relativos al citado alumno que deben ser cumplimentados y remitidos, a la mayor brevedad, al Aula Hospitalaria:

1. Informe del equipo docente (Anexo II).
2. Propuesta de actividades que deberá realizar el alumno en aquellas áreas/materias/módulos, etc., en las que no recibe apoyo directo en el Aula Hospitalaria.

Una vez se haya recibido la documentación anteriormente mencionada, un miembro del equipo educativo del Aula Hospitalaria se pondrá en contacto con usted para informarle de la situación del alumno y establecer la coordinación entre ambos centros

Para cualquier aclaración puede ponerse en contacto con el Aula Hospitalaria en el teléfono 91 .....en horario de 9.30 a 10.30 h y de 13.30 a 14h

O en el siguiente correo electrónico:

Madrid, a     de     de 2012

Sello del centro

El/la directora/a del Aula Hospitalaria

Fdo.:

## ANEXO II

### INFORME DEL CENTRO EDUCATIVO DE REFERENCIA PARA EL EQUIPO DOCENTE DEL AULA HOSPITALARIA

El alumno -----, escolarizado en el Centro-----de la  
localidad de-----, está siendo atendido en el Aula Hospitalaria  
H. Gregorio Marañón.

Adjunto se remite la programación con las adaptaciones curriculares y las  
orientaciones que se consideran necesarias para continuar con su proceso educativo.

Madrid, a    de    de 2012

Sello del Centro

VºBº del director/a

El/la Tutor/a

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

**DIRECTORA DEL AULA HOSPITALARIA GREGORIO MARAÑÓN**

**PROGRAMACIÓN CURRICULAR**

*(Este informe será elaborado por el equipo docente coordinado por el tutor del alumno)*

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

**Apellidos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nacionalidad:** \_\_\_\_\_ **Domicilio:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATOS DEL CENTRO**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Código:** \_\_\_\_\_ **Tipo de centro <sup>1</sup>:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Localidad/Distrito:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre y apellidos del Director:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indique si es público, concertado...

**DATOS DEL TUTOR**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Período al que se refiere el informe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha prevista de evaluación: \_\_\_\_\_ Horario de  
contacto: \_\_\_\_\_

**OTROS PROFESORES QUE INTERVIENEN CON EL ALUMNO**

Área/Asignatura 1: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor: \_\_\_\_\_

Área/Asignatura 2: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor: \_\_\_\_\_

Área/Asignatura 3: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor: \_\_\_\_\_

Área/Asignatura 4: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor: \_\_\_\_\_

Área/Asignatura 5: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor: \_\_\_\_\_

Área/Asignatura 6: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del profesor: \_\_\_\_\_



## **DESARROLLO PERSONAL Y EDUCATIVO DEL ALUMNO**

*(Consigne únicamente aquellos datos relevantes para el desarrollo de la atención educativa).*

### **NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR EN CADA UNA DE LAS ÁREAS/MATERIAS**

(Estilo de aprendizaje, motivaciones e intereses, adaptación e interacción social, hábitos de trabajo, etc.)

### **ASPECTOS RELATIVOS AL CONTEXTO PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL**

(Aspectos familiares y del contexto social que pueden incidir en el desarrollo del alumno, influencia de la enfermedad en su evolución actual, aspectos psiquiátricos si los hubiera, absentismo, etc.)

### **IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS**

*(Alumno con necesidades educativas específicas o de compensación educativa, desfase curricular, adaptación al medio escolar. Etc.)*

### **ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA**

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

PROGRAMACIÓN DE OBJETIVOS Y CONTENIDOS MÍNIMOS DE CADA UNA DE LAS ÁREAS O MATERIAS RELACIONADAS Y, EN SU CASO, ADAPTACIONES CURRICULARES O REFUERZOS EDUCATIVOS:			
Áreas/ Materias	Objetivos	Contenidos fundamentales	Materiales curriculares recomendados

**ANEXO III****INFORME SOBRE EL PROCESO EDUCATIVO DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA AL AULA HOSPITALARIA PARA EL CENTRO DE REFERENCIA****DATOS DEL ALUMNO****Apellidos:****Nombre:****Fecha de nacimiento:****Curso y etapa en el que se encuentra escolarizado:****Domicilio:****Localidad:****Tel:****DATOS DEL CENTRO****Nombre del centro:****Código del centro:****Tipo de centro:****Localidad/Distrito:****Nombre y apellidos del director:****Correo electrónico:****Teléfono:****Fax:****DATOS DEL AULA HOSPITALARIA****Aula Hospitalaria: Hospital Infantil Gregorio Marañón****Domicilio: C/ o'Donnell 50****Localidad/código postal: Madrid/ 28009****Tel: 91 xxxxxxxx****Fax: 91 xxxxxxxx****Correo electrónico:****Periodo de atención escolar al que se refiere el informe:****Días de atención a la alumna:****Nombre y apellidos Profesor 1:****Nombre y apellidos Profesor 2:**

**ASPECTOS TRABAJADOS DURANTE EL PERIODO DE ASISTENCIA AL AULA  
HOSPITALARIA**

Áreas/Materias	Objetivos	Contenidos trabajados	Evaluación	Logros y dificultades

**ADAPTACIONES CURRICULARES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE ASISITENCIA AL AULA**

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

**OBSERVACIONES**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012

VºBº de la directora  
del Aula hospitalaria

Los profesores del Aula Hospitalaria

Fdo:

Fdo:

Fdo:

**SR. DIRECTOR DEL CENTRO EDUCATIVO**

**CUESTIONARIO RECOGIDA DE DATOS**

DATOS DEL ALUMNO/A	
CÓDIGO:	Sexo:
NOMBRE:	
APELLIDOS:	
F. Nacimiento:	País:
Curso:	Tutor:
Centro	
PÚBLICO / CONCERTADO / PRIVADO:	
Comunidad Autónoma:	DAT
Teléfono:	
FAX:	

INGRESOS										DÍAS																		
fecha inicio										fecha alta																		
fecha inicio										fecha alta																		
fecha inicio										fecha alta																		
fecha inicio										fecha alta																		
11/12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
SEP																												
OCT																												
NOV																												
DIC																												
ENR																												
FEB																												
MAR																												
ABR																												
MAY																												
JUN																												

**OBSERVACIONES**

Periodo de asistencia al Aula:

Días de asistencia al Aula:



# ENTREVISTA INICIAL

El hecho de estar ingresado en esta Unidad de Psiquiatría de Adolescentes ha supuesto la interrupción de tu asistencia al colegio o instituto..

El objetivo principal de nuestra intervención en el Hospital es conseguir que el proceso educativo se vea afectado lo menos posible durante vuestra estancia aquí y facilitar de esta manera la incorporación de nuevo al colegio.

¿Acudes al centro educativo? ☐ sí ☐ no

¿Qué curso haces? .....

¿Has repetido algún curso? ☐ sí ☐ no

¿Qué curso has repetido? .....

¿Qué tal va el curso?

☐ sí, muy bien ☐ sí, bastante bien ☐ poco ☐ no, nada

¿Acudes con regularidad al centro?

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

¿ Desde cuándo faltas?

¿ Tienes buenas relaciones con los compañeros?

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

¿ Tienes buenas relaciones con los profesores?

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

¿ Te ayudan en casa con los estudios?

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

¿Piensas seguir estudiando tras la finalización de la enseñanza obligatoria?

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

¿ Recibes o has recibido apoyo educativo en centro educativo?:

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

¿Piensas que la enseñanza más individualizada mejoraría tu rendimiento? ☐ sí,  
mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

¿Qué materias te gustan más?

.....

.....

.....

.....

¿ Porque?

## ENCUESTA SATISFACCIÓN

Querido alumno/a:

El hecho de estar ingresado en esta Unidad de Psiquiatría de Adolescentes ha supuesto la interrupción de tu asistencia al colegio o instituto..

El objetivo principal de nuestra intervención en el Hospital es conseguir que el proceso educativo se vea afectado lo menos posible durante vuestra estancia aquí y facilitar de esta manera la incorporación de nuevo al colegio.

Te pedimos que contestes a una serie de preguntas ya que tu opinión puede ser importante para mejorar nuestra labor en el Aula Hospitalaria.

Las respuestas son absolutamente anónimas. Muchas gracias por tu colaboración.

¿Vas al colegio ? ☐ sí ☐ no

Si vas, ¿Qué curso haces? .....

¿Has repetido algún curso? ☐ sí ☐ no

Si has repetido ¿qué curso has repetido? .....

1. ¿Te ha gustado la existencia del Aula ?

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

2. ¿Crees que es suficiente el tiempo que se dedica al colegio en el Aula?

3.

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

4. El tiempo dedicado al aula te ha ayudado a mejorar tus conocimientos:

5.

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

6. El tiempo dedicado al Aula te ha ayudado a relacionarte con los compañeros:

7.

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

5 ¿Crees que la asistencia al Aula te va a facilitar la incorporación a tu clase?

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

6 El hecho de estar en el Aula ¿te ha ayudado a mejorar tu estado?:

7

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

7 ¿Piensas que la enseñanza individualizada que te han dado las profesoras te ha ayudado en las actividades?

☐ sí, mucho ☐ sí, bastante ☐ poco ☐ no, nada

8. Durante el tiempo que has pasado en el Aula ¿has sentido que tus compañeros te han ayudado?

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

9 Durante este tiempo, ¿has podido ayudar a tus compañeros?

10

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

11 Tu asistencia al Aula ¿ha cambiado tu idea de continuar o no estudiando?

☐ sí, mucho    ☐ sí, bastante    ☐ poco    ☐ no, nada

11 Del 0 al 10 valora la ayuda recibida por las profesoras ☐

12 Del 0 al 10, qué puntuación darías al trato recibido por las profesoras: ☐

13 ¿Has echado de menos algo durante tu estancia en el Aula?

.....

.....

.....

.....

14 ¿Qué trabajos te han resultado más enriquecedores?

.....

.....

.....

.....

.....

15 ¿Qué crees que debemos mejorar en el Aula?

.....

.....

.....

.....

.....

## SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE AULA

<p>NOMBRE DEL ALUMNO:</p>  <p>CURSO:</p>  <p>COLEGIO:</p>  <p>Tel:   91                                  FAX: 91</p>  <p>CÓDIGO:</p>  <p>TUTOR/A:</p>		
MATERIAS	CONTENIDOS	EVALUACIÓN
OBSERVACIONES:		

## NOMBRE DEL ALUMNO

COLEGIO:

FAX:

TUTORA:

## FECHA

## RECIBIDO

{ 486 }

## **A** Normas de Funcionamiento Interno

- 1- Serán de obligado cumplimiento todas aquellas actividades y horarios programados en la unidad.  
Solo estarán exentos aquellos pacientes que por criterio médico así se indique.
- 2- No se permite tener comida, bebida, mecheros, cerillas, teléfonos móviles, objetos cortantes ni punzantes, tales como tijeras, limas, espejos, cuchillas, envases de cristal,..., medicamentos, cinturones, tirantes. Pudiendo ser revisados por parte del personal sanitario en todo momento.
- 3- No se puede pasar a las habitaciones, excepto la propia.
- 4- No se puede pasar a ninguna dependencia del personal sanitario.
- 5- Durante el día, vestir con ropa de calle.  
El pijama solo se utilizará para dormir.
- 6- Solo se podrá comer en el comedor y en el horario establecido.
- 7- No está permitido, la falta de respeto: Insultos, agresiones, conductas de carácter sexual.
- 8- Se debe mantener el orden y la limpieza de las habitaciones, así como hacer la cama.
- 9- No se permite fumar en la Unidad.
- 10- El incumplimiento de las normas será motivo de sanción

## **B** Objetos Personales

- > Se permite tener un walkman.
- > Se permite tener peluches, cintas y libros , máximo 6.  
Este hospital tiene biblioteca a disposición de los pacientes.
- > Se ruega no traer objetos de valor, en caso de traerlos se entregarán a los padres en el momento del ingreso.
- > Se dispone de una taquilla con llave para uso personal.  
La unidad no se hace responsable de la pérdida de dichos objetos.
- > No se pueden intercambiar ni utilizar objetos que no sean propios.
- > Los útiles de aseo se limitan a: peine, cepillo, pasta dental, cepillo de dientes y desodorante en envase plástico. El resto de productos los proporciona el hospital.
- > Se limita a tres mudas y ropa de calle para dos cambios.

## **C** Visitas y Salidas

- > El Horario de visitas será de 17h a 18.30h.
- > Las visitas quedan limitadas a dos personas por paciente (Familia ó Educadores). Está prohibida la entrada a menores de 14 años.
- > Los pacientes dados de alta no podrán visitar a otros pacientes.
- > Las salidas dependerán del criterio médico y siempre serán acompañados de padres o personal autorizado y en el horario establecido de 17h. a 19.45 h.